

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

MAURICE GAUDREAU

L'INFLUENCE DIRECTE ET INDIRECTE DU SOUTIEN SOCIAL, DU STRESS
PARENTAL MATERNEL ET DE L'ATTACHEMENT DE L'ENFANT D'ÂGE
PRÉSCOLAIRE SUR LES SYMPTÔMES D'INTÉRIORISATION

MAI 1995

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Résumé

Parmi les problèmes d'ajustement social des enfants, la psychopathologie du développement reconnaît une voie symptomatique qui se traduit par une tendance de sur-contrôle psychologique: les symptômes d'intériorisation. Ceux-ci se caractérisent par l'expression répétée d'affects ou de comportements de dépression, d'isolement, d'anxiété et de retrait social. (Achenbach, 1992; Cicchetti & Toth, 1991; Rubin & Mills, 1991). Nous savons jusqu'à maintenant que ces troubles reflètent un important problème de relation avec les pairs (Hartup, 1992; LaFrenière & Dumas, 1992; LaFrenière, Provost & Dubeau, 1992; Sroufe, 1989) et que le soutien social, le stress parental (Abidin, 1986; Hodges, London & Colwell, 1990) et l'attachement de l'enfant (LaFrenière et al., 1992; Rubin & Mills, 1991) seraient des facteurs associés à la genèse de ces troubles (Cicchetti et Toth, 1991; Rubin et Mills, 1991). Le but de la présente étude est de montrer l'influence du soutien social de la mère, du stress parental maternel et de la sécurité d'attachement d'enfants d'âge préscolaire sur les symptômes d'intériorisation. Afin de réaliser cet objectif, nous avons élaboré un modèle original qui tient compte des relations complexes entre ces variables. L'échantillon se compose de 126 dyades mère-enfant de niveau socio-économique moyen-élevé. Les variables mises en relation, afin de confirmer la pertinence du modèle présenté, sont les symptômes d'intériorisation (PSA - LaFrenière, Dubeau, Janosz et Capuano, 1990), la qualité de la relation d'attachement (Q-Sort - Waters et Deane, 1985), le stress parental en fonction de deux sources possibles de stress: le stress provenant des caractéristiques propres à la mère ainsi que celles propres à l'enfant (ISP - Abidin, 1986) et le soutien social vu sous deux angles: la disponibilité perçue et la satisfaction ressentie (QSS6 - Sarason, Sarason, Shearin et Pierce, 1987). Pour vérifier la pertinence du modèle une analyse acheminatoire s'est avérée la statistique la plus

pertinente. Les résultats montrent que le soutien social n'influence pas directement la qualité d'attachement mais plutôt indirectement en réduisant le stress parental. De plus, le modèle nous apprend que les symptômes d'intériorisation s'associeraient d'une manière curvilinéaire aux autres variables du modèle: c'est pourquoi aucun lien direct n'est confirmé entre le stress, l'attachement et les symptômes d'intériorisation. Enfin, il semble que le nombre de personnes peut engendrer des comportements d'intériorisation chez les jeunes enfants de sorte que nous pensons que c'est davantage la qualité des relations sociales de la mère qui sont protectrices que le nombre de personnes en tant que tel. La discussion porte d'abord sur l'explication de l'influence indirecte du soutien social sur l'attachement de l'enfant, ensuite, elle porte sur l'explication de l'absence d'influence des variables stress et attachement sur les symptômes d'intériorisation.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES FIGURES.....	vii
REMERCIEMENTS.....	viii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1: CONTEXTE THÉORIQUE.....	4
1.1 LES SYMPTÔMES D'INTÉRIORISATION	5
1.1.1 Le développement de la compétence sociale et le développement symptomatique	5
1.1.2 Les voies du développement symptomatique chez les jeunes enfants	10
1.1.3 La psychopathologie du développement: un modèle explicatif des distorsions du cours normal du développement.....	12
1.1.4 Les symptômes d'extériorisation et d'intériorisation	13
1.1.5 Les symptômes d'intériorisation	15
1.1.6 La stabilité des symptômes d'intériorisation	17

1.2	LE CHOIX DES VARIABLES PRÉDICTRICES	20
1.3	L'ATTACHEMENT	24
1.3.1	La théorie de l'attachement	24
1.3.2	L'impact de l'attachement sécurisé et de l'attachement insécurisé sur les symptômes d'intériorisation	34
1.4	LE STRESS PARENTAL	37
1.4.1	Les sources du stress parental	37
1.4.2	L'impact du stress maternelle sur la relation d'attachement .	38
1.4.3	L'impact du stress maternel sur les symptômes d'intériorisation	42
1.5	LE SOUTIEN SOCIAL	44
1.5.1	Le soutien social et le développement de l'enfant	47
1.5.2	L'influence du soutien social de la mère sur l'attachement de son enfant	50
1.5.3	Le soutien social, le stress parental de la mère et l'attachement de l'enfant	51
1.5.4	L'influence du soutien social sur les symptômes d'intériorisation	53
1.6	PRÉSENTATION DU MODÈLE	55

CHAPITRE 2: MÉTHODE	57
2.1 SUJETS	58
2.2 INSTRUMENTS DE MESURE	59
2.2.1 Le comportement social de l'enfant: le Profil Socio-affectif (PSA)	59
2.2.2 L'attachement Mère-enfant: le questionnaire Q-Sort	61
2.2.3 Le stress parental: Index de stress parental (ISP)	63
2.2.4 Le soutien social de la mère: Questionnaire de Soutien Social (QSS6)	64
2.3 DÉROULEMENT	67
CHAPITRE 3: RÉSULTATS	69
3.1 L'ANALYSE DES DONNÉES	70
3.1.1 La réduction des données	70
3.1.1.1 PSA - Symptômes d'intériorisation	70
3.1.1.2 Q-Sort - Questionnaire sur la relation d'attachement mère-enfant	71
3.1.1.3 ISP - Index de stress parental	73
3.1.1.4 QSS6 - Questionnaire de soutien social	73
3.2 LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	74
3.2.1 L'analyse des résultats	78
3.2.1.1 Le stress parental: domaine de la mère	78
3.2.1.2 Le stress parental: domaine de l'enfant	79

CHAPITRE 4: DISCUSSION	82
4.1 L'ANALYSE DÉTAILLÉE DU MODÈLE	85
4.2 LA SECTION NORMATIVE DU MODÈLE	88
4.2.1 L'effet modérateur du soutien social sur le stress parental ..	88
4.2.2 L'effet direct du soutien social sur l'attachement de l'enfant	91
4.2.3 La relation entre le stress (domaine de la mère et domaine de l'enfant) et l'attachement	93
4.2.4 L'effet indirect du soutien social sur la sécurité d'attachement	94
4.3 LA SECTION CLINIQUE DU MODÈLE	96
4.3.1 La prédiction des symptômes d'intériorisation par le stress et l'attachement	96
4.3.2 La prédiction des symptômes d'intériorisation par la disponibilité perçue	105
4.4 LES CONSIDÉRATIONS FUTURS	106
CONCLUSION	108
APPENDICES.....	113
APPENDICE A: PSA: Profil socio-affectif	114
APPENDICE B: Q-Sort: Énoncés et feuille réponse	122
APPENDICE C: ISP: Index de stress parental	129

APPENDICE D: QSS6: Questionnaire de soutien social	143
APPENDICE E: Scores des sujets en fonction des questionnaires: PSA, Q-Sort, ISP et QSS6	148
RÉFÉRENCES	154

Liste des tableaux

Tableau

1	Répartition des scores et distribution des échelles et sous-échelles du Q-Sort	62
2	Moyennes et Écart-types des groupes cliniques et normatifs de l'étude de LaFrenière et al. (1990) et de la présente étude	71
3	Moyennes et Écart-types de l'étude d'Abidin (1986) et de la présente étude	74
4	Moyennes, Écart-types et comparaison de moyennes des deux types de familles (<u>N</u> = 126)	76
5	Moyennes et Écart-types des principales variables et comparaison de moyennes en fonction du sexe (<u>N</u> = 126)	77
6	Alphas de Cronbach pour les questionnaires ISP et PSA	78

Liste des figures

Figure

- | | | |
|---|--|----|
| 1 | Modèle prédictif du développement des symptômes d'intériorisation .. | 56 |
| 2 | Analyse acheminatoire du modèle incluant le domaine de la mère
comme mesure du stress parental | 80 |
| 3 | Analyse acheminatoire du modèle incluant le domaine de l'enfant
comme mesure du stress parental | 80 |

Remerciements

Je tiens à remercier mon directeur M. Marc A. Provost, professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour sa grande disponibilité, ses multiples conseils tous aussi judicieux les uns que les autres et surtout pour son professionnalisme. De plus, nous tenons à remercier les garderies participantes de Trois-Rivières; Le Petit Navire, Margo la Lune, la Culbute, le Petit Forgeron, Saute Mouton, Entre 2 Nuages, le Coffre à Jouet, M'amuse et M'éduque, de même que les garderies participantes de Hull; l'Univers des Petits, les Petits Lurons et la Coop Libelle.

Introduction

Une riche documentation s'est développée au cours des dernières années dans le but de mieux comprendre le développement des habiletés sociales des enfants du préscolaire. L'étude de la croissance de ces habiletés a fait ressortir une voie saine (la compétence sociale) et deux voies symptomatiques (symptômes d'extériorisation et d'intériorisation).

Historiquement, la compétence sociale (expression d'autonomie, de réciprocité, d'ajustement aux pairs, etc.) et les symptômes d'extériorisation (agressivité, hyperactivité, etc.) ont davantage été explorés que les symptômes d'intériorisation (retrait social, dépression, dépendance, etc.). L'intérêt des chercheurs semble lié au fait que ces deux premiers regroupements de comportements soient assez stables dans le temps. Pour ce qui est des symptômes d'extériorisation, l'intérêt des chercheurs semble non seulement lié au fait que l'enfant extériorisant éprouve des troubles à court terme tel que le rejet par les pairs, (Coie, Belding & Underwood, 1988) mais aussi au fait que ces enfants sont les plus à risques de développer des pathologies (agressivité, délinquance, etc.) à l'adolescence et à l'âge adulte (Cicchetti & Toth, 1991; Sroufe, 1989). Enfin, d'après Rubin et Mills (1991) ainsi que Kolko et Kazin (1993), deux autres raisons expliquent le peu d'intérêt porté aux comportements d'isolement, de dépression ou d'anxiété. D'une part, ils sont moins faciles à détecter chez de très jeunes enfants (3 à 6 ans) et d'autre part, cette agglomération de comportements est moins attirante pour les chercheurs ou les cliniciens puisque les dommages qui en découlent s'expriment à long terme.

À l'instar de Cicchetti (1984) nous pensons qu'il est essentiel d'avoir une bonne compréhension des causes pour comprendre un effet observé. Ainsi, une meilleure connaissance des facteurs sous-jacents aux symptômes d'intériorisation permettrait aux

chercheurs et cliniciens de sensibiliser les parents et les intervenants aux sources de cette problématique et d'en réduire significativement la fréquence. Dans cette optique, l'exploration de facteurs reconnus comme prédicteurs potentiels peut permettre de cerner des conditions particulièrement propices à l'évolution ou à l'absence d'évolution des symptômes d'intériorisation. Cependant, la complexité de la nature humaine et des systèmes (famille, garderie, école, etc.) dans lesquels ceux-ci sont intégrés, rend la tâche très difficile. C'est peut-être là, une autre raison pour laquelle peu de recherches portent sur l'étude des troubles d'intériorisation.

Le but de cette étude est de mieux saisir le rôle de la relation d'attachement mère-enfant, du stress parental de la mère ainsi que du soutien social de la mère dans le développement des symptômes d'intériorisation. Il s'agit plus précisément de tester un modèle décrivant les affiliations entre ces trois variables maternelles qui prédirait le développement des symptômes d'intériorisation chez les enfants d'âge préscolaire.

Contexte théorique

Les symptômes d'intériorisation

Considérant les multiples problématiques sociales actuelles impliquant directement ou indirectement des enfants, il est pertinent de chercher à mieux comprendre le développement social de ceux-ci. En outre, mieux comprendre l'apport de certains facteurs environnementaux protecteurs et néfastes permettra d'intervenir de la manière la plus adéquate possible dans le futur. L'étude des symptômes d'intériorisation se fera à l'aide de la perspective écologique et de celle de la psychopathologie du développement, deux approches susceptibles de procurer une meilleure compréhension de sa genèse.

Le développement de la compétence sociale et le développement symptomatique

Les théories du développement reconnaissent depuis longtemps les bienfaits des interactions sociales. D'après Asher et Parker (1989), celles-ci fournissent plusieurs avantages. L'engagement dans des relations sociales stimule d'abord la croissance de la compétence sociale. Ensuite, il devient une base de soutien et apporte de la sécurité émotive en présence de nouveauté ou lors de situations potentiellement menaçantes. Cet engagement procure aussi une base à l'intimité ultérieure et au partage affectif. Enfin, il fournit des façons de procéder socialement ainsi qu'une confiance en la camaraderie et aux alliances.

C'est à l'aide des interactions avec les pairs que le jeune enfant développe une perspective engagée et sensible de l'autre (Asher & Parker, 1989), d'autant plus qu'il peut faire l'expérience d'une relation d'égal à égal avec ceux-ci (Hartup, 1992). En fait, les pairs servent de point de référence pour évaluer les comportements socialement acceptables. Inversement, une faible proportion de contacts avec les enfants de son âge peut refléter des problèmes d'ajustement et contribuer avec le temps à l'augmentation de difficultés d'intégration auprès des pairs (Asher & Parker, 1989; Cicchetti & Toth, 1991).

Afin de mieux comprendre et de mieux définir le rôle de certaines habiletés dans le développement de la compétence sociale des enfants du préscolaire, un grand nombre de recherches ont été effectuées. De fait, plusieurs chercheurs ont essayé de mettre au point une définition opérationnelle de la compétence sociale (Dumont, Provost & Dubé, 1990; Hartup, 1992). Mais, la nature de ce construit demeure ambiguë tant elle est complexe. Des définitions intéressantes ont toutefois enrichi la compréhension de la genèse de certaines habiletés sociales ou certaines capacités d'ajustement. D'ailleurs, celles-ci sont actuellement reconnues comme des aspects positifs ou négatifs de la compétence sociale. Plusieurs auteurs proposent leur façon de comprendre et de définir ce construit à l'aide de regroupements originaux de comportements, d'affects ou de cognitions.

Une première définition de la compétence sociale est suggérée par Waters et Sroufe (1983) qui la considèrent comme un construit génétique dynamique englobant de multiples capacités ou habiletés. Ces auteurs voient la compétence sociale comme un concept intégratif dont la fonction principale est de générer et de coordonner des réponses flexibles et adaptatives aux demandes ainsi que de générer et de profiter des occasions qui se présentent dans l'environnement. Concrètement, Waters et Sroufe (1983) estiment qu'un

enfant compétent est celui qui est en mesure d'utiliser ses ressources personnelles et celles de l'environnement afin d'atteindre facilement un nouveau palier de développement. Cependant, l'adaptation n'est pas un indicateur de compétence en soi. Par exemple, un enfant peut apprendre à se retirer des contacts humains en face du rejet ou des sévices et cela est une solution ou une réponse de rechange adéquate qui doit être comprise en terme de survie.

Les ressources de l'environnement ainsi que les interactions avec les pairs sont pour Waters et Sroufe (1983) deux éléments de promotion d'un développement harmonieux. Contrairement à ce que nous pouvons nous attendre, les ressources de l'environnement déjà mentionnées ne réfèrent pas exclusivement aux ressources matérielles ou négociables. Selon ces auteurs se sont plutôt les éléments qui soutiennent ou aident à développer l'habileté à régulariser (coordonner) les affects, les cognitions et les comportements. La fonction de cette régulation est de mettre les affects, les cognitions et les conduites au service de l'adaptation à court terme ainsi qu'aux progrès développementaux à long terme. De plus, il est à noter que les interactions avec les enfants du même âge et éventuellement l'intégration dans un groupe de pairs peuvent aider l'enfant dans sa tâche de coordination de ses affects, de ses connaissances et de ses comportements. Ces interactions fournissent en même temps à l'enfant un large éventail d'occasions lui permettant de consolider ses ressources personnelles et le conduisent éventuellement à un nouveau palier de développement.

Cette première définition a subi des modifications de sorte que LaFrenière et Dumas (1992) considèrent que le développement d'habiletés sociales lors d'une période précédente du développement (p. ex. à l'âge du préscolaire) prédit la compétence à une

étape subséquente. D'après eux, c'est en fonction de la capacité d'adaptation que se développent les compétences de l'enfant à partir d'environ trois ans. Plus en détail, LaFrenière, Dubeau, Janosz et Capuano (1990) décrivent la compétence sociale en termes d'habiletés positives stimulant l'adaptation. Ils précisent à cet effet que l'expression des affects montre les besoins, les attitudes, les attentes et les intentions d'agir sous-jacents d'un enfant. Celui-ci peut exprimer soit des affects positifs (expression de joie, de confiance, de tolérance) soit des affects négatifs (expression de dépression, d'isolement, d'anxiété). D'une part, les affects positifs entraînent l'acceptation d'un jeune par ses pairs et une reconnaissance de compétence de la part des éducatrices¹. De plus, ces attitudes permettent de bâtir des relations d'amitié. D'autre part, les affects négatifs s'interprètent principalement de deux manières. Dans la première interprétation, LaFrenière et al. (1990) suggèrent que l'expression de l'affectivité négative est un signal social (p. ex. expression d'un mal être) et par conséquent un signe d'adaptation. Dans la seconde, ils mettent l'accent sur le fait que l'expression généralisée d'affects négatifs reflète davantage une dysharmonie chez l'enfant ou un problème considérable de relation avec son milieu social. Lors de l'expression d'affects positifs ou d'affects négatifs signifiant un signal social, l'enfant est accepté par ses pairs et cela contribue positivement à son mieux être. Par contre, si l'enfant exprime trop régulièrement des affects négatifs son mieux être peut en être altéré.

Enfin, Dumont et al. (1990) privilégient une approche multivariée dans le but d'éclairer la compréhension des ces habiletés, c'est-à-dire, une approche visant à établir des constellations d'habiletés sociales qui ont une importance réelle pour le développement social de l'enfant. De plus, ces auteurs précisent l'importance de se pencher sur

¹. Le féminin est employé tout au long de l'écrit puisqu'aucun éducateur n'a participé à cette recherche.

l'intégration de ces habiletés en fonction des divers contextes d'apparition. Par exemple, l'établissement d'une relation d'attachement avec une mère qualifiée de sécurisante fait en sorte que l'enfant est plus compétent (expressions d'affects positifs, de chaleur, de leadership) lorsqu'il est avec des pairs ou avec un adultes (Dumont et al., 1990; Jacobson & Wille, 1986; LaFrenière & Sroufe, 1985; Rubin & Coplan, 1992).

En s'inspirant des travaux de Maccoby et Martin (1983), Dumont et al. (1990) indiquent que «durant la période préscolaire, nous assistons à une augmentation des activités et des interactions entre les pairs suscitée par l'accroissement des pressions sociales. Ces pressions poussent l'enfant vers l'indépendance et l'autonomie face aux adultes et l'ouverture au monde social des pairs» (p.32). Ceci est confirmé par plusieurs chercheurs dont Sroufe (1989) qui reconnaît l'importance pour les enfants du préscolaire d'entrer en relation avec les pairs. Encore une fois, nous nous retrouvons devant des auteurs qui reconnaissent l'importance de l'intégration des enfants en bas âge auprès de leurs pairs. Autrement dit, un enfant qui demeure dépendant de l'adulte ne peut développer son plein potentiel.

En somme, le principal but de l'enfant d'âge préscolaire est de s'adapter ou de s'ajuster aux multiples environnements auxquels il a accès en mettant à profit toutes les ressources qui lui sont accessibles. Cette mise à profit des ressources personnelles ou du milieu augmente la capacité du jeune enfant à entrer en relation avec ses pairs. À elles seules, ces interactions ajoutent un nombre inestimable d'expériences qui aident l'enfant à se décentrer de sa position et de profiter de celle des autres.

En conclusion, il est possible de retenir de ces différentes définitions que le développement de la compétence sociale résulte de facteurs convergents, interdépendants et d'origines très diverses. Mais au-delà de la provenance, l'intérêt premier des chercheurs qui explorent le domaine de la compétence sociale est de mettre en évidence les multiples avantages que retire le jeune enfant des interactions sociales.

Les voies du développement symptomatique chez les jeunes enfants

Nous avons montré précédemment que les ressources de l'environnement, le contexte dans lequel se produisent les interactions, le rôle des adultes tout comme celui de l'enfant sont autant d'éléments qui s'avèrent d'une importance cruciale dans le développement de l'enfant humain. De bonnes conditions favorisent la croissance d'habiletés sociales. La présence de celles-ci facilitent non seulement l'intégration d'un enfant auprès de ses pairs mais aussi le cours de son processus de socialisation. Or, qu'arrive-t-il si le milieu ne fournit pas les ressources nécessaires au plein développement de ce dernier? Qu'arrive-t-il si un enfant utilise son potentiel d'une manière rigide, anxieuse ou inadéquate? Qu'arrive-t-il si l'enfant souffre tellement d'insécurité au fond de lui, qu'il se retire du contact avec les enfants de son âge?

À l'opposé du développement harmonieux qu'est la compétence sociale, deux résultats développementaux sont actuellement reconnus comme des voies symptomatiques (Cicchetti & Toth, 1991). La première voie implique des difficultés liées à un sous-contrôle psychologique et est nommée symptômes d'extériorisation alors que la seconde, qui implique des difficultés psychologiques de sur-contrôle, est appelée symptômes d'intériorisation (Rubin & Mills, 1991).

Le sous-contrôle psychique auquel font référence Rubin et Mills (1991) se reconnaît par la présence de comportements ou de symptômes agressifs ainsi que par des troubles de la conduite ou par un déficit de l'attention. Ces comportements se caractérisent par une extériorisation, c'est-à-dire par l'expression de comportements dirigés vers l'extérieur (vers les autres ou vers l'environnement) qui nuisent à la socialisation de l'enfant (Cicchetti & Toth, 1991; Rubin & Mills, 1991).

D'autre part, le sur-contrôle psychique est davantage associé à des comportements ou des symptômes de retrait passif, d'anxiété et par une perception négative de ses compétences sociales (Rubin & Mills, 1988; Hymel, Rubin, Rowden & LeMare, 1990) ainsi que par des craintes, de l'inquiétude somatique, de la dépression, de la dépendance et du retrait social (Cicchetti & Toth, 1991; Hymel et al., 1990; LaFrenière, Provost & Dubeau, 1992; Rubin & Lollis, 1988; Rubin & Mills, 1991). En fait, ces symptômes reflètent un contrôle psychologique très grand. L'enfant intériorisant tend à retourner contre lui ou à ne pas exprimer ce qu'il ressent.

L'étude de l'extériorisation et de l'intériorisation a connu son plein essor sous l'impulsion d'une nouvelle école de pensée, la psychopathologie du développement, qui a l'avantage d'analyser à la fois les voies développementales normales et pathologiques des capacités sociales.

La psychopathologie du développement: un modèle explicatif des distorsions du cours normal du développement

La psychopathologie du développement est une façon d'interpréter la pathologie psychologique en l'inscrivant dans une perspective développementale. Cette école qui a vu le jour au cours des années soixante-dix est définie comme l'étude des origines et de la progression des patrons de comportements inadaptés (Cicchetti, 1984; Sroufe & Rutter, 1984). En fait, les tenants de la psychopathologie du développement s'intéressent simultanément aux problèmes de comportements, au développement harmonieux ainsi qu'à la socialisation. Ce qui caractérise cette approche c'est que les états pathologiques, dont les problèmes graves de comportements, sont décrits en termes de déviations du cours normal du développement. En d'autres termes, la psychopathologie du développement s'intéresse aux modes de fonctionnement des enfants dépourvus de pathologies afin de mieux comprendre le fonctionnement des enfants avec des pathologies psychologiques. En fait, comme l'exprime Cicchetti (1984) toute pathologie est concevable en termes de troubles, de distorsions ou de dégénérescence du fonctionnement normal. Dans cette perspective, la compétence sociale est une voie harmonieuse de développement tandis que les troubles d'extériorisation et d'intériorisation représentent des voies symptomatiques, c'est-à-dire des déviations du cours normal du développement (Achenbach, 1992; Cicchetti, 1984; Cicchetti, 1989; Overton & Horowitz, 1991; Sroufe, 1989; Sroufe & Rutter, 1984).

Idéalement, un enfant atteint un résultat développemental (Waters & Sroufe, 1983) qui s'observe à travers l'expression d'un nombre plus grand et plus constant de comportements et d'affects positifs. En revanche, certains résultats développementaux

sont considérés comme pathologiques, c'est-à-dire que l'enfant qui atteint un tel résultat exprime davantage de comportements négatifs. Par exemple, l'enfant affichant des symptômes d'intériorisation s'exprime principalement à travers des comportements de retrait. Aussi, il est souvent plus anxieux et plus dépendant qu'un enfant qualifié de compétent socialement.

Les symptômes d'extériorisation et d'intériorisation

D'après la psychopathologie du développement, le développement d'un enfant s'inscrit dans l'une ou l'autre des voies développementales existantes en fonction de l'intensité, de la présence ou de l'absence de multiples facteurs. Autrement dit, certaines combinaisons de facteurs contenues dans l'environnement de l'enfant orientent sa croissance le long d'une voie ou d'une ligne développementale (Freud, 1968) sans problématique majeure (absence de symptomatologie). En revanche, d'autres combinaisons influencent le développement social de celui-ci le long d'une ligne développementale dont le résultat est symptomatique (ou tend à l'être en fonction des facteurs en présence). Donc, chaque enfant emprunte l'une ou l'autre de ces lignes directrices du développement qui l'achemine, au fil des ans et des événements, vers différents résultats développementaux (Sroufe, 1989, Waters & Sroufe, 1983).

Ainsi, l'orientation d'un enfant le long d'une ligne développementale positive favorise son épanouissement et le conduit à tirer parti des ressources qui se présentent à lui. Toutefois, d'autres contextes familiaux ou sociaux conduisent malheureusement certains enfants vers des lignes développementales négatives parmi lesquelles nous retrouvons les voies symptomatiques (symptômes d'extériorisation et d'intériorisation).

De même que la psychopathologie du développement, les concepts de symptômes d'extériorisation et d'intériorisation sont relativement nouveaux dans la documentation scientifique. Cicchetti et Toth (1991), rapportent que certains chercheurs ont anticipé, suite à des études empiriques, ces deux voies d'expressions. Toutefois, leur compréhension de ces agglomérations était très sommaire. Aujourd'hui, ces troubles, d'extériorisation et d'intériorisation, sont connus, répertoriés et définis.

L'épidémiologie reconnaît l'importance de ces catégories (symptômes d'extériorisation et d'intériorisation). La fréquence pour la population d'enfants de 5 à 18 ans varie de 7% à 20% tandis que la fréquence de ces troubles de comportements chez les enfants du préscolaire est aussi importante que chez les plus vieux, se situant entre 15% et 20%. Or, malgré l'importance que représentent ces troubles dans la population des enfants et des adolescents, seulement un enfant sur cinq est traité (Beitchman, Inglis & Schachter, 1992; Cicchetti & Toth, 1991). Il demeure que depuis un bon nombre d'années, plusieurs chercheurs s'intéressent aux troubles d'extériorisation chez les jeunes enfants ce qui fait que cette catégorie de problèmes adaptatifs est largement documentée tant au plan clinique que scientifique. Par contre, très peu d'études ont analysé la problématique des symptômes d'intériorisation à la population d'âge préscolaire. Pour pallier ce problème, la présente étude vise à mieux saisir le rôle de certaines variables tantôt considérées comme des facteurs de risque, tantôt considérées comme des facteurs protecteurs du développement de ces troubles qui sont présentement reconnus comme des troubles psychopathologiques du comportement (Cicchetti & Toth, 1991).

Bien que nous considérons habituellement les difficultés de l'enfance comme passagères, il semble selon l'Institut de Médecine (1989, voir Cicchetti & Toth, 1991) que ces troubles sont assez importants pour que les chercheurs s'y arrêtent. D'ailleurs, Strauss, Forehand, Smith et Frame (1986) spécifient que le DSM-III reflète l'intérêt actuel de l'effet du retrait social (composante des symptômes d'intériorisation) en présentant trois nouveaux troubles dans lesquelles l'isolement social est perçu comme un important prédicteur de problèmes comme les troubles schizoïdes, les troubles d'évitement et les troubles d'ajustement avec retrait social.

Il semble maintenant à propos de jeter un regard sur la réalité et la stabilité de la constellation de comportements regroupés sous le nom de symptômes d'intériorisation.

Les symptômes d'intériorisation

Les troubles d'intériorisation se développent d'après Rubin et Mills (1991) lorsqu'il y a la présence simultanée de certains facteurs. Parmi ceux-là, ils pensent que la conjonction d'un tempérament méfiant et de conditions défavorables du milieu produisent un sentiment d'insécurité chez les jeunes enfants. Cette insécurité engendre un déficit des techniques sociales et incite l'enfant à se retirer socialement.

En fait, ces mêmes auteurs rapportent que la perspective génétique propose que les interactions avec les pairs représentent pour l'enfant un contexte social dans lequel il apprend à se préoccuper des perspectives d'autrui et à les agencer aux siennes. Ainsi, l'enfant qui présente des habiletés sociales inefficaces (retrait et déficience des techniques sociales) est à risque de développer des troubles de nature intériorisée.

En outre, Beitchman et al. (1992) rapportent que les symptômes d'intériorisation deviennent d'autant plus inquiétants lorsque ceux-ci se retrouvent chez un jeune avec des troubles de la conduite ou avec d'autres états majeurs. Ils prennent pour exemple qu'un enfant dépressif (autre composante des symptômes d'intériorisation) ayant des troubles de la conduite est hautement en danger de développer des tendances suicidaires à l'adolescence. Pour leur part, Rubin et Mills (1991) associent ces troubles au décrochage scolaire. Compte tenu de notre problématique initiale, il semble que ces troubles qui au premier abord passent pour passagers, endommagent la qualité de vie des jeunes enfants en croissance et des gens qui les entourent.

En dépit du peu de recherches qui soulignent les effets à long terme des troubles d'intériorisation, il semble que ces troubles nuisent au développement de l'enfant. C'est du moins ce que nous déduisons des travaux déjà mentionnés. En effet, les enfants se contrôlant de manière excessive sont de toute évidence peu performants dans les interactions avec les pairs (LaFrenière et al., 1992a) et dépendants envers les adultes spécifiquement avec les éducatrices lorsque ces enfants fréquentent une garderie (LaFrenière et al., 1992b). Pour ces raisons, ces enfants profitent peu des interactions qui comme nous l'avons déjà mentionné, sont considérées comme primordiales pour le développement des compétences sociales des enfants.

Donc, les troubles d'intériorisation sont reconnus et leur présence peut engendrer des répercussions négatives sur le développement social de l'enfant. Mais sommes-nous justifiés de chercher dans une population d'enfants du préscolaire des prédicteurs ou des protecteurs contre le développement de ces troubles? Autrement dit, est-ce qu'il est

possible d'observer. d'une part, ces symptômes chez de très jeunes enfants et, d'autre part, une certaine stabilité pour justifier le déploiement d'efforts de recherche?

À la première question il faut répondre oui. En effet, les études portant sur l'acquisition de compétences ou habiletés sociales démontrent qu'à partir de trois ans l'enfant est définitivement engagé dans un processus d'apprentissage de divers comportements qui sous-tendent sa socialisation (Hartup, 1983). De plus, la recherche de LaFrenière et al. (1992b) montre bien qu'un enfant peut développer des symptômes d'intériorisation, spécialement si son modèle d'attachement est de type insécurisé (nous y reviendrons ultérieurement). Pour répondre à la seconde question nous devons aborder la question de la stabilité de ces symptômes.

La stabilité des symptômes d'intériorisation

En touchant à la stabilité des symptômes d'intériorisation, nous revenons d'une certaine manière aux questions de Asher et Parker (1989) pour qui le problème fondamental est de savoir si les divergences des qualités des relations (peu d'interactions ou en abondance) avec les pairs jouent véritablement un rôle sur le développement de l'enfant. En d'autre termes, est-ce que les enfants en bas âges isolés, anxieux ou déprimés sont désavantagés en ce qui a trait à leur développement comme individu social? Ces auteurs affirment qu'il est clair que l'isolement d'un enfant peut lui occasionner des problèmes d'ajustement à l'adolescence ou à l'âge adulte. Toutefois, il semble comme nous l'avons déjà exprimé que ces symptômes se développent davantage à cause de la présence d'une constellation de facteurs et que c'est la présence de ces facteurs de risque (dans une contingence symptomatique) qui compose la base sur laquelle va interagir

l'enfant avec ses pairs. Subséquemment, ce dernier est susceptible de ne pas profiter de l'avantage qu'offrent les relations avec les pairs. Attardons-nous maintenant à la stabilité de ces symptômes.

Certaines études rapportent que les symptômes d'intériorisation sont stables dans le temps, moins que les symptômes d'extériorisation mais suffisamment pour que cette symptomatologie soit reconnue et que le développement de celle-ci puisse nuire à la qualité de vie ultérieure des enfants démontrant ces symptômes (Rubin, 1985; Sroufe, 1989; Strauss et al., 1986).

Fisher, Rolf, Hasazi et Cummings (1984), pour leur part, rapportent une grande stabilité des symptômes d'intériorisation. Ils spécifient toutefois que ces troubles se développent spécialement s'ils sont déjà présents chez les filles âgées de deux ans et chez les garçons âgés de cinq et six ans. En d'autres termes, les enfants qui affichent des symptômes d'intériorisation en bas âge sont plus susceptibles de vivre des complications de cet ordre à l'adolescence.

Koot et Verhulst (1992) présentent une recherche très enrichissante à cet effet. Ils rapportent, suite à une étude longitudinale impliquant initialement des enfants de quatre à huit ans, que 38% des jeunes affichant des symptômes d'intériorisation manifestent encore ces difficultés quatre ans plus tard. Ils ajoutent ne pas avoir observé de différences sexuelles ou de différences liées à l'âge, ce qui est confirmé par LaFrenière et al. (1992).

En conclusion, les études précédentes nous permettent d'affirmer que les symptômes d'intériorisation font preuve d'une bonne stabilité et qu'il n'y a pas de différence sexuelle pour ce regroupement de symptômes chez les jeunes enfants.

Le choix des variables prédictrices

Dès ses premiers balbutiements, que ce soit à l'aide de l'introspection, de l'observation ou d'autres techniques, la psychologie accorde une importance particulière au développement socio-affectif des enfants. Ainsi, plusieurs figures de proue, comme Wallon, Spitz, Erikson et Bowlby, diront que les fondements de la personnalité de l'adulte se construisent à partir de la sociabilité de l'enfant. Cette affirmation alimente encore la recherche en psychologie du développement dont l'un des objectifs est de mettre en lumière les agents du développement socio-affectif.

Tout ne se joue pas au cours de l'enfance. Il semble cependant que les contextes intra et extra-familiaux influencent les fondements sur lesquelles repose la façon des jeunes enfants d'entrer en contact avec autrui. À cet effet, la recherche sur la compétence sociale et celle sur les symptômes d'extériorisation mettent en valeur l'apport de certains facteurs personnels, familiaux et environnementaux dans le développement socio-affectif des enfants. Pour ce qui est des symptômes d'intériorisation la recherche a commencé depuis peu de temps et ne répond pas à toutes les interrogations que suscite ce domaine d'étude. En outre, les recherches portant sur les troubles d'intériorisation n'apportent pas beaucoup d'information quant aux facteurs personnels, familiaux et environnementaux sous-jacents à ce regroupement de symptômes.

Donc, la question reste entière: Quelles sont les causes sous-jacentes au développement des symptômes d'intériorisation d'un enfant d'âge préscolaire? Il serait illusoire de prétendre être en mesure d'identifier tous les facteurs prédictifs de ces symptômes. Cependant, plusieurs auteurs se sont questionnés sur des liens simples

unissant les troubles d'intériorisation à des caractéristiques propres aux enfants, propres à leurs parents et propres à leur environnement. Une constellation de facteurs paraît impliquée autant lorsque nous observons un développement harmonieux que lorsque nous observons l'évolution d'une difficulté telle que l'intériorisation. Il semble donc judicieux d'identifier les facteurs les plus prometteurs afin de nous éclairer sur cette problématique. Toutefois, puisqu'il n'est pas possible dans le cadre de cette étude de retracer l'histoire de chacun des sujets nous devons opter pour une stratégie de recherche différente.

Depuis peu, LaFrenière et Dumas (1992) utilisent l'approche transactionnelle pour mieux cerner l'étendue du développement de l'enfant. Cette approche tient compte des multiples transactions incorporant des caractéristiques de l'environnement, de la personne qui prend soin de l'enfant et de l'enfant lui-même. Ces divers facteurs offrent des contributions dynamiques et réciproques au développement. De plus, ce modèle rejette l'analyse linéaire des relations entre les variables pouvant contribuer au développement, au profit d'une analyse des processus dans lesquels l'environnement et l'organisme s'influencent réciproquement. Par ailleurs, LaFrenière et Dumas (1992) constatent, à partir de l'application de leur modèle aux troubles affectifs de l'enfance, qu'il est possible de reconnaître une étiologie multiple aux troubles affectifs.

D'abord, Beitchman et al. (1992) se penchent sur des indicateurs précoces et sur des facteurs de risques reliés au développement des symptômes d'intériorisation. Ils mentionnent qu'une coupure du lien entre l'enfant et son parent est un facteur de risque. Ce qui appuie l'idée de Bowlby (1969) qui considère que la perte de la figure maternelle (ou figure d'attachement) est un agent pathogène dominant ainsi que celle de Greenberg, Kusche et Speltz (1991) qui affirment que des expériences traumatiques vécues en bas âge

peuvent agir sur le développement d'un enfant. Donc, le lien unissant la mère à son enfant, c'est-à-dire l'attachement, est une variable à considérer et elle l'est d'ailleurs dans quelques études. Plusieurs études associent l'attachement insécurisé aux symptômes d'intériorisation, c'est-à-dire à un amoindrissement des capacités d'entrer en contacts avec les pairs (LaFrenière & Dumas, 1992; Lewis, Feiring, McGuffog & Jaskir, 1984; Rubin & Mills, 1991).

Lewis et Feiring (1991) suggèrent ensuite d'ajouter des facteurs externes à l'attachement comme prédicteur de la pathologie. La présence de stress externes (Banez & Compas, 1990; Hodges, London & Colwell, 1990; Vaughn, Egeland, Sroufe & Waters, 1979) et le manque de soutien social (Crockenberg, 1981; Jacobson & Frye, 1991) peuvent également influencer selon ces auteurs la qualité de l'attachement et les comportements sociaux des jeunes enfants. Ainsi, la sécurité retirée de la relation parent-enfant serait fortement influencée par des comportements provenant des parents, du contexte social et du degré de stress parental. En fait, toute relation (mère-enfant, père-enfant, etc.) s'inscrivant dans des conditions stressantes peut être très insécurisante, voire traumatisante pour un enfant (Rubin & Mills, 1991). De plus, les mères vivant dans de telles conditions seraient moins en mesure d'offrir une éducation adéquate (Crittenden, 1985). Par conséquent, ce contexte écologique aurait pour effet de multiplier le nombre de difficultés qui se présentent à l'enfant. Donc, un milieu stressant et peu soutenant pour les mères peut occasionner un accroissement de l'insécurité affective et des troubles d'intériorisation chez les jeunes enfants.

Considérant ce qui vient d'être présenté, il est possible de se rendre compte de la complexité et de la multitude des facteurs susceptibles d'influencer le développement d'un

enfant. Devant cette complexité et les innombrables options possibles, les chercheurs doivent s'arrêter sur une sélection de variables idéalement cohérentes. C'est la raison pour laquelle notre choix s'est arrêté, dans le but de mieux comprendre l'étiologie des symptômes d'intériorisation, sur les trois facteurs suivants: la relation d'attachement, le stress vécu par la mère et l'influence directe et indirecte du réseau social de la mère sur le comportement de l'enfant. Ces trois facteurs ont l'avantage d'être utilisés régulièrement et d'être abondamment documentés. Toutefois, à partir de l'approche transactionnelle qui rappelle l'approche écologique de Bronfenbrenner, nous avons préféré construire un modèle qui tient davantage compte de la complexité évoquée. Ce modèle se veut en fait la synthèse des recherches reliant l'intériorisation à chacun des trois facteurs retenus. Les trois prochaines sections présenteront les résultats de relations simples.

L'attachement

Les chercheurs tiennent spécialement compte de l'apport de la relation d'attachement en tant que facteur contribuant au développement des habiletés sociales des jeunes enfants. En effet, le premier lien que connaît l'enfant devient par la force des choses le premier modèle de ce qu'est une relation et de ce qu'il peut en attendre.

La théorie de l'attachement

Plusieurs approches en psychologie cherchent depuis longtemps à comprendre l'importance des premières relations affectives sur le développement socio-affectif. À cet effet, Bowlby (1969, 1982), caractérise ce lien précoce par l'attachement et affirme qu'il repose sur des fondements biologiques. En outre, l'attachement jouit de propriétés motivationnelles comparables mais indépendantes de la satisfaction des besoins de boire, de manger ou des besoins sexuels (Bowlby, 1980). En fait l'attachement a pour fonction de fournir une base sécurisante à l'enfant. Cette façon de concevoir le lien unissant la mère et son nourrisson a changé considérablement le sens et la perception du rôle de la première relation affectueuse (Cummings, 1990). Enfin, si Bowlby a autant enrichi la compréhension de l'importance des premières relations pour le développement socio-affectif, c'est sans doute parce qu'il a élaboré un cadre théorique largement inspiré d'approches très différentes telles que l'éthologie, les processus de l'information et la cybernétique.

Le cadre théorique de la théorie de l'attachement a commencé à prendre forme en 1948. Bowlby s'intéressait déjà à cette problématique mais c'est avec le soutien d'une

subvention du Sir Halley Stuart Trust que Bowlby, aidé de Robertson, fait une enquête systématique sur l'ensemble de la problématique des effets de la séparation d'avec la mère pendant la petite enfance et de l'impact de celle-ci sur le développement ultérieur de l'enfant. Pour réaliser cet objectif, Bowlby et Robertson ont observé des enfants séjournant soit dans un hôpital soit dans une pouponnière. Ceux-ci étaient éloignés de leur parents pour une longue période et n'avaient pas accès à un substitut maternel stable. Bowlby et Robertson ont observé que ces enfants (à partir de six mois environ) vivaient de la détresse et que, plus le séjour s'allongeait, plus les troubles étaient considérables lors du retour dans le foyer d'origine. Ces troubles, étaient des réactions de protestation, de désespoir et de détachement. Ils en ont conclu que la perte de la figure maternelle pendant la période de la petite enfance est un événement déterminant dans l'établissement de la personnalité (Bowlby, 1969, 1973).

En 1950, l'ONU demande à Bowlby d'explorer la question de la santé mentale des enfants sans foyer. Bowlby conclut alors qu'il est d'une part essentiel que les enfants aient accès à une relation chaleureuse, intime et continue avec leur mère ou avec un substitut maternel stable. D'autre part, il est aussi important que cette relation apporte de la satisfaction et de la joie pour la mère et l'enfant. Par conséquent, Bowlby considère que la perte de la figure maternelle est le principal agent pathogène (Bowlby, 1969).

La conclusion commune aux deux recherches précédentes est qu'il semble important que les enfants aient accès à une figure maternelle stable et qu'une séparation prolongée est un agent pathogène de premier ordre. En outre, la séparation d'avec la figure maternelle engendre des réactions typiques qui dérivent de l'absence de cette figure maternelle. Comme nous l'avons déjà mentionné, trois phases sont identifiables lors

d'une séparation prolongée ou lors de multiples séparations impliquant la mère: la protestation, le désespoir et le détachement. La première phase est la protestation. Habituellement, cette phase débute dès la séparation et peut se prolonger de quelques heures à plus d'une semaine. Au cours de cette phase, l'enfant manifeste vivement sa détresse et utilise toutes les ressources qui lui sont disponibles afin de retrouver sa figure d'attachement. Il pleure avec rage, se jette de tout côté, rejette l'aide extérieure qui s'offre à lui et est à l'écoute de tous les indices pouvant signifier le retour de sa mère. La seconde phase, le désespoir, montre un enfant qui perd petit à petit espoir de retrouver sa figure maternelle. Ses pleurs sont monotones et intermittents et il devient retiré et inactif. C'est comme s'il vivait un deuil profond. Sa détresse est encore présente mais ne se manifeste pas activement comme à la phase précédente. Enfin, la troisième phase consiste au détachement. Peu à peu, l'enfant semble réinvestir l'entourage. Il accepte l'aide d'autrui et se comporte bien socialement. En général, les personnes qui entourent l'enfant sont encouragées car ces signes semblent refléter la guérison. Toutefois, au retour de la mère, l'enfant ne montre aucun comportement caractéristique de l'attachement. Bien au contraire l'enfant se détourne de la mère sans en tenir compte (Bowlby, 1969, 1980).

Ces réactions résultent d'une ou plusieurs séparations prolongées de la mère et de l'enfant. Dans la vie quotidienne, de multiples séparations sont initiées parfois par la mère et parfois par l'enfant sans qu'aucune d'elles n'engendre de réactions majeures ou similaires à la dépression. Ces séparations, loin d'avoir la signification décrite précédemment, sont tout à fait normales et sont en plus importantes pour le développement de l'enfant. En effet, l'exploration et la recherche de proximité, les comportements liés et non liés aux soins maternels sont des schèmes comportementaux essentiels au développement de l'enfant.

Ainsi, Bowlby (1969) rapporte quatre schèmes comportementaux dont les fonctions sont la protection et l'adaptation de la progéniture. Ceux-ci sont les comportements d'attachement et d'exploration de l'enfant ainsi que les comportements de soins maternels et les comportements centrés sur d'autres composantes de la vie quotidienne de la mère.

Au cours du développement, les comportements d'exploration et d'attachement se succèdent. En effet, comme le fait remarquer Ainsworth (1967), dès qu'un enfant peut se traîner, il part en excursion (système de comportements d'exploration) s'éloignant parfois au-delà du regard de sa mère. Cependant, il revient de temps en temps afin de s'assurer qu'elle est encore présente et disponible (système de comportements d'attachement) d'autant plus que celle-ci peut être occupée à des tâches autres que celles se rapportant aux soins de son enfant (système de comportements non liés aux soins maternels).

Toutefois, le système de comportements d'exploration fait rapidement place au système d'attachement si un enfant est effrayé, s'il se fait mal ou si sa figure d'attachement s'éloigne (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Bowlby, 1969; Bretherton, 1985). Dans la même perspective, le système de comportements non liés aux soins maternels s'arrête si l'enfant s'éloigne à une certaine distance de sa mère ou si le temps passé hors de sa vue est long. Dans ce cas, la mère ira voir son enfant afin de s'assurer que tout va bien (système de comportements de soins maternels). Enfin, la protection, l'aide ou l'apaisement que procure idéalement la figure d'attachement à l'enfant permet de répondre favorablement à la fonction ultime des systèmes de comportements en

cause, c'est-à-dire, de promouvoir la survie et la reproduction de l'espèce (Bowlby, 1969).

En résumé, c'est à travers les expériences de la vie quotidienne que le lien psychologique se forme entre la personne attachée et la figure d'attachement. Les systèmes de comportements d'attachement et de soins maternels favorisent la proximité entre l'enfant et sa figure d'attachement. Les systèmes d'exploration et d'absence de soins maternelles favorisent globalement l'adaptation de l'enfant ou plus particulièrement, le développement de compétences diverses dont l'autonomie.

À partir des expériences quotidiennes des soins maternels, d'exploration, de recherche de proximité ou d'absence de soins maternels, l'enfant se construit un modèle de représentations intériorisées (internal working models) de l'environnement, de sa figure d'attachement principale et de lui. Un modèle de représentations intériorisées efficace permet au jeune enfant d'anticiper divers phénomènes et le protège des dangers susceptibles d'apparaître dans son environnement de même que dans les environnements nouveaux (Bowlby, 1969). En d'autres termes, l'enfant, à partir de la relation qu'il entretient avec sa mère, se construit un modèle constitué de représentations internes de ce que sont les relations sociales en général et de ce qu'il peut attendre d'un lien affectif particulier. À cet effet, l'un des premiers lien affectif particulier dans la vie d'un nourrisson est celui l'unissant à sa mère.

Idéalement, l'enfant se construit un modèle flexible et sécurisant qu'il généralise aux relations subséquentes. Mais, suite à des expériences déplaisantes répétées avec la figure ou les figures principales d'attachement ce modèle devient rigide et le comportement

de l'enfant peut devenir inadéquat, voire pathologique (Bretherton, 1992; Bretherton, Ridgeway et Cassidy, 1990; Crittenden, 1985).

Concrètement, si un jeune enfant vit du rejet de sa figure d'attachement principale, il est probable qu'il se forme un modèle de représentations intériorisées de lui comme n'étant pas digne d'être aimé ou accepté et de son parent comme étant insensible, contrôlant, ridiculisant ou ignorant ses besoins (Bretherton, 1992; Bretherton et al., 1990). De là, l'enfant à l'aide de ses systèmes comportementaux (qui se structurent avec le temps) cherche constamment à s'ajuster au fait qu'il ne parvient pas à obtenir la proximité ou la communication (avec la figure d'attachement) essentielle à la sécurité recherchée. Ainsi, le système de comportements d'attachement d'un enfant qui se conçoit comme indigne d'être aimé est constamment activé et cette utilisation répétée entraîne le développement d'un attachement anxieux. Certes, une telle organisation des comportements diminue la douleur liée aux relations déformées (Crittenden, 1985). Toutefois, le patron défensif ainsi développé (utilisation régulière des comportements d'attachement) pourraient se transposer involontairement dans de nouvelles relations (Kreppner, 1992; Rutter & Garnezy, 1983) et devenir la base de comportements stéréotypés.

Donc, les théoriciens de l'attachement proposent un modèle aménagé sur des représentations intériorisées se fondant sur l'expérience passée avec ses figures d'attachement (Ainsworth, Blehar, Waters et Wall, 1978; Bowlby, 1969, 1973, 1980). Prise ensemble ces représentations peuvent être conçues comme une idée représentative ou un modèle cognitif de la relation. Aspect de l'image de soi, espérance de comportements de la part des autres et impression émotionnelle implicite de la relation sont autant

d'éléments qui font partie intégrante de ce modèle (Grusec & Lytton, 1988). Ce modèle est initialement développé lors des premières interactions mère-enfant et poursuit sa croissance à travers la perspective longitudinale, la croissance de l'enfant et l'acquisition d'expériences avec les figures d'attachement. Cependant, malgré l'addition de ces composantes, les modèles ultérieurs restent dépendants du premier modèle de représentations de ce qu'est une relation et des premières structures cognitives s'y rattachant (Crittenden, 1985; Turner, 1991).

Avec ce qui vient d'être présenté, la définition d'un attachement sécurisant d'Ainsworth (1973) prend tout son sens. En effet, l'attachement sécurisé résulte de l'établissement d'un lien affectif spécifique qui se forme entre deux personnes (p. ex. mère-enfant). De plus, une personne peut être liée à plus d'une personne mais ne peut pas être attachée à plusieurs personnes spécifiques puisque ce lien l'engage dans le temps et dans l'espace et qu'il implique de l'affection. Bien que les sentiments peuvent être complexes et qu'ils peuvent varier de temps en temps, les sentiments positifs dominent, et impliquent de l'affection et de l'amour.

Globalement, l'état d'attachement est décrit comme un état général stable de l'organisme qui transcende le temps et l'espace. Cet état est implicite car il ne s'observe pas. En fait, ce qui s'observe se sont les comportements d'attachement dont nous avons parlé antérieurement. Ainsi, c'est à travers le processus de croissance que les comportements d'attachement s'occupent de promouvoir la proximité et de favoriser le contact entre la figure d'attachement et l'enfant. De plus, il facilite l'établissement d'un lien qui procure idéalement de la sécurité à l'enfant (Bowlby, 1980; Desbiens & Provost, 1990).

La théorie de l'attachement ne serait pas ce qu'elle est aujourd'hui sans l'apport de Mary Ainsworth. En effet, les travaux d'Ainsworth ont permis d'aller plus loin en élaborant une procédure empirique (la situation étrange) permettant de mesurer les comportements d'attachement. Cette procédure expérimentale de quelques minutes consiste à faire subir à un enfant un léger stress comparable au stress quotidien. La réaction qu'il aura renseigne le chercheur sur la qualité de sa sécurité. L'un des indices les plus révélateurs de cette sécurité est l'accueil que fait l'enfant à sa figure maternelle (Desbiens & Provost, 1990). En effet, un enfant sécurisé, c'est-à-dire, un enfant pour qui le lien l'unissant à sa figure maternelle est ressenti sans menace, recherche activement un contact physique chaleureux au retour de sa mère.

En somme, un enfant, pour grandir en développant son plein potentiel, a besoin de la disponibilité de sa mère et de l'exploration de son environnement. Dans une perspective où la mère répond adéquatement aux besoins de son enfant, c'est-à-dire qu'elle est disponible, celui-ci développe un modèle de représentations intériorisées à partir duquel il développe le sentiment d'être compétent et aimable. Ainsi, la disponibilité physique et affective de la mère sous-tend le sentiment de sécurité de son enfant. D'ailleurs, les mères des enfants sécurisés (profil B) sont généralement tendres, attentives et manifestent de la sensibilité à l'égard de leur enfant (Crockenberg, 1981). Ce contexte permet donc à ce dernier d'explorer son environnement dans des conditions favorables, d'autant plus qu'une relation sécurisante lui apporte le sentiment que sa figure d'attachement est disponible s'il a besoin d'elle. Ultérieurement, cette sécurité lui permet d'établir des relations sociales profitables. À l'opposé, les enfants insécurisés développent un modèle de représentations intériorisés qui n'est pas aussi efficace.

L'attachement insécurisé se divise en deux profils (A et C). Le premier, fait référence aux enfants (profil A-anxieux/évitant) qui sont évitants et qui ignorent la mère en période de stress ou lors de la réunion avec leur figure d'attachement suivant l'absence de celle-ci (Ainsworth et al., 1978; Greenberg, Cicchetti & Cumming, 1990). Ces enfants n'expriment pas nécessairement de la détresse lors de la séparation d'avec la mère mais ils démontrent en quelque sorte cette détresse par leur incapacité de se servir de la mère comme base de sécurité lorsqu'elle revient dans la pièce expérimentale. Théoriquement, ces enfants peuvent développer des symptômes d'intériorisation si l'on tient compte de leur évitement.

Les enfants anxieux-ambivalent/résistant (profil C) vivent excessivement de détresse lorsqu'ils sont séparés de leur mère (Greenberg et al., 1990). Cependant, lors du retour de celle-ci ces enfants ne sont pas rassurés et manifestent une ambivalence entre l'expression de contrariété, de colère ou de résistance et l'expression de dépendance ou de comportements de maintien du contact (Cassidy & Berlin, 1994). Ces enfants, d'après le profil dressé par Cassidy et Berlin (1994) sont aussi susceptibles de développer des symptômes d'intériorisation.

En fait, les mères des enfants ambivalents-résistants sont inconsistantes. Elles sont définies par Cassidy et Berlin (1994) comme peu disponibles et peu sensibles à leur enfant. De plus, elles initient peu d'interactions avec leur enfant et acceptent peu les contacts qu'il veut initier. Ce qui particularise ces mères, c'est qu'elles créent de l'interférence lorsque leur enfant tend à explorer. Cela, a pour effet que l'attention de l'enfant est dirigée de plus en plus vers la réalité ou l'environnement de la mère. Un tel

contexte relationnel conduit l'enfant, incertain quant à la disponibilité réelle de sa mère, à être très dépendant d'elle. Cette incertitude le pousse à explorer de moins en moins son environnement ce qui réduit la croissance de son autonomie. D'ailleurs, les mères des enfants ambivalents-résistants tendent à retirer leur affection ou à punir leurs enfants s'ils explorent ou s'ils détournent leur attention d'elles. Par conséquent, non seulement ces enfants sont peu attirés par les éléments nouveaux et les situations nouvelles de leurs environnements mais encore ils vont rarement vers les pairs et refusent même les offres d'interactions de ceux-ci. En somme, ces enfants se révèlent comme retirés, dépendants, passifs et inhibés socialement.

Ce profil comportemental résulte, selon Cassidy et Berlin (1994), du fait que ces mères soient davantage préoccupées par leur propre insécurité que par leur rôle de parent. La distorsion de l'environnement qu'elles transmettent à leurs enfants peut être une façon de rencontrer leurs propres besoins (p. ex. d'avoir quelqu'un près d'elles qui les sécurise) plutôt que ceux de leurs enfants (p. ex. d'être une base sécurisante). Dans cette perspective, les enfants des mères préoccupées ne développent pas leur plein potentiel puisqu'ils sont absorbés à répondre aux besoins de leurs mères. En fait, s'ils quittent leurs mères, celles-ci deviennent en contact avec leur propre insécurité. C'est pourquoi elles développent autant de stratégies pour contrôler les tentatives d'autonomie de leur enfant mais qu'elles sont en même temps incapables d'investir affectivement leurs enfants. En outre, l'anxiété qu'elles vivent les amènent à être centrées sur leurs besoins d'être sécurisées.

La plupart des recherches portant sur les symptômes d'intériorisation utilisent l'insécurité comme variable (LaFrenière & Dumas, 1992; LaFrenière et al., 1992; Lewis et

al., 1984; Rubin & Mills, 1991). C'est pourquoi nous utiliserons le continuum sécurité-insécurité comme variable prédictrice. D'ailleurs, très peu de recherches portant sur la problématique des symptômes d'intériorisation tiennent compte des profils A et C séparément.

En résumé, il semble que l'inconsistance de la disponibilité maternelle peut engendrer des symptômes d'intériorisation. La description des enfants (retirés, évitant, dépendants, etc.) ne fait que confirmer la relation entre l'insécurité de ces enfants et leur développement le long d'une ligne développementale conduisant aux symptômes d'intériorisation.

L'impact de l'attachement sécurisé et de l'attachement insécurisé sur les symptômes d'intériorisation

En 1980, Bowlby affirme que l'un des buts visés par sa trilogie sur l'attachement est de décrire des patrons de réactions qui se produisent régulièrement chez les jeunes enfants et de retrouver ces mêmes modèles dans le fonctionnement et dans la personnalité ultérieure des adultes. D'ailleurs, il considère la pathologie comme l'orientation du développement psychologique vers une voie déviante qui prend forme lorsqu'un enfant est confronté à une utilisation fréquente des comportements d'attachement et comme nous l'avons mentionné précédemment, une utilisation régulière des comportements d'attachement fait naître avec l'âge de l'insécurité. À cet effet, le concept de voie déviante de Bowlby est très conforme aux concepts de lignes développementales d'Anna Freud (1968), à celui de résultat développemental de Waters et Sroufe (1983), de même qu'à celui de distorsions du fonctionnement normal de Cicchetti (1984) ou au concept de

déviation du cours normal du développement de la psychopathologie du développement. Ce que Bowlby affirme d'intéressant c'est que cette déviation tient sa source dans la première relation affectueuse unissant la mère et son enfant. Dans cette perspective, lier les symptômes d'intériorisation à l'insécurité construite au cours de l'enfance est conforme au travail de Bowlby (1980) d'autant plus qu'il est fondamental pour lui de s'appuyer sur des observations pour comprendre la genèse des processus pathologiques.

Bien que les conceptions du lien entre l'attachement et les relations avec les pairs diffèrent selon les interprétations, toutes les études analysant le concept d'attachement prédisent clairement qu'un attachement sécurisé assure des relations sociales ultérieures positives, de la compétence sociale, de la confiance en soi et un ego flexible (Grusec & Lytton 1988, Jacobson & Wille, 1986). En fait, l'enfant ayant un attachement sécurisé est décrit comme sociable, attentif, intéressé par les pairs, engagé dans plus d'interactions réciproques et affichant moins de sentiments négatifs (Jacobson & Wille, 1986; Lieberman, 1977), il est également moins en retrait et hésite peu à établir un contact avec les pairs (Jacobson & Wille, 1986) et il est évalué comme plus compétent par les professeurs (LaFrenière & Sroufe, 1985) que les enfants insécurisés. Aussi, l'enfant sécurisé participe davantage dans des interactions, principalement parce qu'il est plus intéressé et attirant (Sroufe, 1983) et qu'il est plus curieux dans l'exploration de nouveaux stimuli (Arend, Gove & Sroufe, 1979; Jacobson & Wille, 1986) que l'enfant insécurisé. En plus, il semble à propos de spécifier que d'après Jacobson et Wille (1986), l'ensemble des recherches prédisent qu'un attachement sécurisant achemine l'enfant non pas vers le développement de symptômes mais vers des compétences et de la sociabilité. Waters, Wippman et Sroufe (1979) montrent enfin que l'enfant sécurisé d'âge préscolaire exhibe plus de leadership et moins de retrait social et d'hésitation avec les pairs.

Pour leur part, les enfants dont le lien à la figure d'attachement est de type insécurisé démontrent davantage de symptômes d'intériorisation (LaFrenière & Dumas, 1992; Lewis et al., 1984; Rubin & Mills 1991) et un amoindrissement des capacités à entrer en contact avec autrui et à créer des relations réciproques (Rubin & Mills, 1991).

Ainsi, les diverses formes d'adaptation sociale prennent en grande partie leur source dans la relation d'attachement avec les parents, principalement avec la mère à travers les premiers mois de la croissance de l'enfant. Ce large consensus permet de confirmer d'un point de vue théorique et empirique que l'état d'attachement influence directement la façon de faire du jeune enfant avec ses pairs (Cicchetti & Toth, 1991; Dumont et al., 1990; Grusec & Lytton, 1988; LaFrenière & Dumas, 1992; LaFrenière et al., 1992; Rubin & Mills, 1988; Rubin & Mills, 1991; Rutter & Garnezy, 1983; Turner, 1991).

Les deux sections suivantes, examinent deux variables de l'écologie sociale de la mère (stress parental et soutien social) en relation avec la qualité d'attachement et l'expression répétée d'affects négatifs (intériorisation) de l'enfant du préscolaire.

Le stress parental

La documentation suggère une deuxième piste de recherche pour retracer les origines et les causes des symptômes d'intériorisation. Cette piste est le stress parental. En ce sens, plutôt que de jeter un regard sur des stressseurs majeurs comme le décès, la perte d'emploi ou le divorce, nous préférons mettre l'accent sur le stress quotidien de la mère.

Les sources du stress parental

Plusieurs études affirment que le stress familial agit négativement sur les capacités d'ajustement des enfants (Belsky, 1984; Feiring, Fox, Jaskir & Lewis, 1987; Rubin & Mills, 1991; Teti, Nakagawa, Das & Wirth, 1991; Weinraub & Wolf, 1983). Cependant, peu de recherches ont vraiment tenté de retracer l'origine du stress parental (Hodges et al., 1990). Le stress parental tel qu'il est représenté et mesuré dans la présente recherche se réfère à deux sources de stress. La première, est le stress lié aux caractéristiques personnelles du parent (domaine du parent ou de la mère) tandis que la seconde source est liée aux caractéristiques propres à l'enfant (domaine de l'enfant) (Abidin, 1986).

Le domaine de la mère signifie que la source du stress parental provient des caractéristiques personnelles de la mère qui se manifestent lorsqu'elle est en relation avec son enfant. Par exemple, une mère qui se sent isolée ou déprimée par la présence de son enfant est plus susceptible d'éprouver du stress lorsqu'elle interagit avec lui. De plus, il semble d'après Hodges et al. (1990) que les enfants du préscolaire sont particulièrement sensibles, voire vulnérables à l'état de leurs parents en période de stress. Dans cette

optique, il est intéressant de constater la relation possible entre des caractéristiques propres à la mère, caractéristiques lui causant du stress lors des interactions avec son enfant, et l'impact négatif sur l'adaptation de son enfant. Par exemple, une mère qui ne se sent pas compétente dans son rôle de parent peut vivre un grand sentiment d'inefficacité lorsqu'elle est en interaction avec son enfant. Par conséquent, ce sentiment peut devenir une source importante de stress. À cet effet, analyser plus en détail la relation possible entre ces caractéristiques et le bien-être de l'enfant est fondamental. Par contre, il ne faut pas négliger la contribution des caractéristiques propre à l'enfant dans l'évaluation de l'impact du stress parental.

Abidin (1986) rapporte que le stress que ressent une mère en fonction de son enfant est aussi attribuable à des caractéristiques propres à ce dernier. Celles-ci, peuvent augmenter les difficultés de la mère dans son rôle de parent. Par exemple, un enfant très exigeant qui éprouve d'importantes difficultés d'adaptation peut devenir une source considérable de stress pour sa mère.

En résumé, deux sources distinctes de stress sculptent les fondements de la relation mère-enfant: les caractéristiques personnelles de la mère et celles de l'enfant.

L'impact du stress maternel sur la relation d'attachement

Une première question vient à l'esprit lorsque l'on met en relation les variables de stress maternel et de qualité d'attachement chez l'enfant: une relation stressante peut-elle détériorer la qualité de la relation d'attachement? À cet effet, Vaughn et al. (1979) expliquent que des circonstances stressantes peuvent changer la qualité de l'attachement.

Plus précisément, ces chercheurs rapportent avoir observé que, dans une période de six mois, 38% des enfants dont la relation d'attachement était sécurisante ont développé un mode de fonctionnement caractérisé par l'insécurité. Certes, cette étude ne porte pas directement sur le stress parental comme indice de changement mais son échantillon provenait d'une population défavorisée, ce qui peut être reconnu comme un agent de stress important. Cette recherche est tout de même primordiale puisqu'elle nous amène à constater qu'en bas âge, la sécurité d'attachement n'est pas inébranlable.

Que ce soit en fonction du domaine de la mère ou de celui de l'enfant, une relation est établie par Hart (1985, voir Abidin, 1986) concernant le niveau de stress vécu par la mère et l'insécurité de son enfant. Ainsi, Hart rapporte que les mères d'enfants insécurisés vivent significativement plus de stress que les mères d'enfants sécurisés. Cette dernière relation a été mise à l'épreuve par Teti et al. (1991) qui examinent la relation entre la qualité de l'attachement de l'enfant de niveau préscolaire et les indices de stress parentaux de la mère mesurés grâce à l'index de stress parental (ISP) (Abidin, 1986).

Teti et al. (1991) émettent l'hypothèse que les mères d'enfants insécurisés font l'expérience d'un stress parental plus élevé que les mères d'enfants sécurisés. Cette prédiction est basée sur l'idée que la mère d'un enfant insécurisé est inhabile à établir un lien harmonieux avec son enfant. En outre, une relation significative est trouvée entre le score de sécurité et celui de stress parental pour le domaine de l'enfant au ISP ($r = -.70$, $p < .001$ pour le domaine de l'enfant). Cette relation démontre que les mères des enfants insécurisés rapportent significativement plus de stress dans leur rôle de parent, que celles des enfants sécurisés. Plus particulièrement, les mères dont les enfants sont insécurisés les perçoivent comme moins adaptés, moins renforçants et plus exigeants que les mères

dont les enfants sont sécurisés. En plus, ces mères acceptent généralement moins les comportements de leur enfant (Teti et al., 1991).

En résumé, il est possible de constater deux choses. La première est que les mères d'enfants insécurisés éprouvent plus de stress associé au rôle de parent. La seconde est qu'elles vivent de la difficulté à créer un lien harmonieux avec leur enfant qu'elles considèrent peu valorisants. Dans des conditions semblables, nous sommes loin de retrouver la relation qualifiée antérieurement d'adéquate, c'est-à-dire, une relation dans laquelle les échanges entre la mère et l'enfant sont teintés de chaleur et d'affection.

Les enfants dont les mères éprouvent de la difficulté à répondre à leurs demandes ou qui démontrent des difficultés d'adaptation sont une source de stress importante pour celles-ci. En effet, d'après Hodges et al. (1990), il est probable que le stress parental soit relié à diverses facettes du comportement de l'enfant. Entre autre, ces auteurs affirment que le stress peut engendrer une réduction de la tolérance, voire une réduction de la qualité des soins apportés à l'enfant.

Mais, une source de stress toute aussi importante peut également provenir de caractéristiques propres à la mère. À cet effet, Teti et al. (1991) rapportent une corrélation non significative entre le score de sécurité (Q-Sort) de l'enfant et la cote globale (ISP) de l'échelle de stress parental lié aux caractéristiques de la mère. Par contre, les échelles de dépression ($r = -.28, p < .05$), d'attachement ($r = -.29, p < .05$) et de compétences parentales ($r = -.43, p < .001$) sont significatives.

En résumé, les résultats de cette étude soutiennent que les enfants insécurisés sont perçus par leur mère comme plus stressants que les enfants du préscolaire qui sont sécurisés. Il semble que ce soit davantage les caractéristiques de l'enfant qui sous-tendent le stress parental de la mère. Par contre, certaines caractéristiques propres aux mères sont aussi susceptibles d'être des stressseurs nuisibles à la relation d'attachement.

D'après Calkins et Fox (1992) ce serait les enfants classés anxieux ambivalents-résistants (profil C) qui réagissent le plus au stress et aux événements sociaux. Toutefois, trop peu d'études confirment à ce jour cette affirmation. C'est pourquoi, l'insécurité découlant de la relation d'attachement demeure d'après nous la variable privilégiée à associer au stress parental.

En conclusion, les stressseurs rattachés au rôle de parent semblent en partie associés à l'insécurité de l'enfant. Cette association est surtout mise en évidence lorsque ce sont les caractéristiques de l'enfant qui sont évaluées. Mais les sentiments d'attachement difficile, de dépression et d'incompétence sont des sources importantes de stress parental pour les mères d'enfants insécurisés.

L'impact du stress maternel sur les symptômes d'intériorisation

Le stress parental est perfide. Il peut, entre autre, nuire à l'établissement d'une relation sécurisante. Toutefois, l'inverse est aussi probable. L'insécurité d'un enfant peut rendre compliquée et stressante la tâche de sa mère.

En fait, les stressseurs quotidiens semblent être reliés à la détresse émotionnelle et aux symptômes d'intériorisation chez le jeune enfant (Banez & Compas, 1990). Par exemple, McGahey (1986, voir Abidin, 1986) relate avoir expliqué, à l'aide du ISP, 28 % de la variance de l'anxiété et du retrait (deux composantes des symptômes d'intériorisation) chez les petites filles (5 ans) de son étude. Hodges et al. (1990) confirment cette information en rapportant qu'un haut niveau d'événements de vie à caractère stressant est relié à une évaluation élevée du retrait social et de l'anxiété. De plus, ils ajoutent que les enfants dont les parents sont stressés intériorisent davantage qu'ils éprouvent du rejet et qu'ils sont moins populaires auprès des pairs.

Malgré le peu de recherches sur l'association entre le stress et l'intériorisation, il semble tout de même justifié de penser que le stress parental influence le comportement de l'enfant en relation avec les enfants de son âge. Ce lien est probable puisque la qualité des relations avec la mère devient par la force des choses un modèle de «comment agir socialement». Ainsi, si le contexte relationnel est stressant pour la mère, celle-ci peut éprouver de la difficulté à investir affectivement et physiquement dans la relation avec son enfant. En d'autres termes, elle peut réduire significativement la qualité de sa disponibilité. Ainsi, suite au retrait régulier ou sporadique de la disponibilité parentale, un enfant peut s'isoler des autres enfants car c'est un comportement connu et efficace dans

son environnement (Waters & Sroufe, 1983) ce qui le protège du rejet probable par les pairs. Par ailleurs, un enfant qui est stressant pour sa figure maternelle, c'est-à-dire, qui éprouve de la difficulté à s'adapter ou qui est peu valorisant pour sa mère, peut également avoir de la difficulté à s'adapter à ses pairs ou être peu attirant pour eux. Par conséquent, cet enfant est sujet à s'isoler, à être dépendant des adultes ou à être anxieux.

Il semble donc que le type de comportement social de l'enfant puisse être relié à la fois à l'attachement qui le lie à sa mère et au stress que vit cette dernière. Le stress peut aussi se compliquer d'un effet indirect puisqu'il peut peser sur le type de disponibilité maternelle qui est, les études le démontrent largement, le principal facteur de la qualité de l'attachement. Notre modèle tiendra compte de ces diverses influences.

Le soutien social

Les discussions se rapportant au soutien social sont de plus en plus fréquentes. Celles-ci mettent principalement l'accent sur le besoin de comprendre les mécanismes par lesquels le soutien social affecte la santé et l'adaptation sociale.

La notion de soutien social est relativement récente. Elle provient en grande partie des études en médecine clinique qui ont observé que les malades guérissaient mieux ou plus vite s'ils étaient bien entourés par leurs proches ou leurs amis (Sarason et al., 1990a; Provost, 1995).

Deux écrits ont générés des recherches interdisciplinaires en utilisant le soutien social comme construit central. En premier lieu, Cassels (1976, voir Sarason et al., 1990b) mit l'accent sur l'environnement social et sur la présence des membres de la même espèce comme facteurs associés à la maladie. Entre outre, il soulignait l'effet protecteur du soutien social sur le stress. Cassels exprimait que la présence d'un soutien social riche était la meilleure voie pour prévenir la maladie. Il ajoutait d'ailleurs qu'il est préférable d'augmenter le soutien plutôt que de tenter de décroître l'exposition au stress des gens afin de les protéger des agents pathogènes. Pour sa part, Cobb (1976, voir Sarason et al., 1990b) exprimait que le soutien social n'était pas seulement un modérateur des effets du stress mais qu'il occasionnait plusieurs autres avantages. Parmi ceux-là, il comptait, le sentiment d'être soigné, la croyance d'être aimé et estimé. Il ajoutait également que le soutien social apporte les sentiments d'avoir une valeur personnelle et de posséder un réseau réciproque. Enfin, Cobb pensait que le soutien social fournissait une protection

contre l'état pathologique, qu'il accélérât la guérison d'une maladie et renforçait l'obéissance aux recommandations médicales.

Les études de Cassels et Cobb sont devenues un tremplin pour les recherches en épidémiologie psychiatrique, en psychologie communautaire ainsi que la psychologie du développement (Provost, 1995). Selon Provost (1995), c'est l'article de Cochran et Brassard (1979) qui a véritablement été le point de départ de l'utilisation du concept de soutien social en psychologie du développement. Ces deux auteurs, en effet, s'inspirant de l'école écologique, ont jeté les bases d'une réflexion sur les influences directes ou indirectes qui peuvent survenir dans la genèse d'un individu.

En fait, le soutien social retient particulièrement l'attention pour ses qualités de protecteur contre le stress (Cochran, 1990; Provost, 1995; Tousignant, 1992). Si l'on admet que le stress de la mère peut agir sur le comportement d'un enfant en contact avec ses pairs ainsi que sur sa sécurité intrinsèque, le soutien social est peut-être alors une source de protection contre les symptômes d'intériorisation, l'attachement insécurisé et le stress parental.

Le soutien social, qui est l'un des multiples avantages qu'offre le réseau social, est décrit par Fortier, Wrigth et Sabourin (1992) comme le soutien moral ou instrumental provenant d'un conjoint, d'un autre membre de la famille, de groupes sociaux, de professionnels ou d'institutions. Pour leur part, Sarason, Levine, Barsham et Sarason (1983) et Sarason et al. (1990a) définissent le soutien social comme un concept omnibus ou un construit hétérogène qui reflète l'existence ou la disponibilité de personnes sur qui

nous pouvons compter, qui nous laissent savoir qu'elles nous aiment, qu'elles nous apprécient et qu'elles se soucient de nous.

La définition de Sarason et al. (1983) et de Sarason et al. (1990a) est appuyée par Heller, Swindle et Dusenbury (1986) qui spécifient qu'une activité sociale implique du soutien lorsque le récepteur perçoit cette activité comme mettant en évidence son estime de soi et lorsque que cette même relation apporte de l'aide (soutien émotionnel, restructuration cognitive ou aide instrumentale) en période de stress. De plus, le soutien serait davantage profitable quand le récepteur pense et ressent profondément que les personnes soutenantes de son réseau l'estiment et qu'elles en prendraient soin si cela s'avérait nécessaire. Dans cette perspective, ces auteurs ajoutent que le soutien social peut être défini comme une aide pour combattre et surmonter les difficultés de la vie. Provost (1995) considère deux paramètres au soutien social. Le premier est le soutien perçu et le second est le soutien reçu. Le soutien perçu réfère à la perception qu'une personne a de l'aide qui lui serait apportée en cas de besoin tandis que le soutien reçu se rapporte aux actions réelles posées par des membres du réseau envers cette personne. D'après Sarason et al. (1990b), c'est davantage la perception du soutien que le soutien reçu réellement qui est reliée à la santé. En effet, l'estimé que fait une personne du soutien disponible découlerait de schémas cognitifs qui, indépendamment de la nature réelle de la disponibilité reçue, engendre une évaluation positive ou négative du soutien en fonction de la façon qu'a une personne de se considérer et d'apprécier les autres. Dans la présente recherche on s'intéresse essentiellement à la perception qu'ont les sujets de la disponibilité des personnes significatives ainsi qu'à la satisfaction qu'ils retirent de cette disponibilité perçue.

À l'instar de plusieurs auteurs, Sarason et al. (1990b) affirment que le soutien social peut atténuer les effets des événements stressants qui se produisent au cours de la vie d'un individu en lui offrant une protection contre le stress et contre l'état pathologique. À cet effet, Jennings, Stagg et Connors (1991) indiquent la présence de compétences sociales supérieures chez les personnes possédant un réseau social riche. Par exemple, les mères qui sont satisfaites par le soutien reçu rapportent un plus grand sentiment de bien-être qui, tout en réduisant leur niveau de stress, les amènent à mieux fonctionner dans divers rôles dont celui de mère. D'ailleurs, ces chercheurs soulignent que la satisfaction de la mère quant à son réseau est liée à un rendement maternel optimal et qu'elle engendre plus régulièrement de la sécurité chez l'enfant à un an. À l'opposé, l'isolement social des parents est associé à un fonctionnement familial détérioré (Crittenden, 1985).

La multiplication des recherches sur le soutien social conduit à la conclusion que ce construit est un modérateur du stress et démontrent que le soutien affectif est bénéfique pour la santé, l'adaptation (Feiring et al., 1987; Jennings et al., 1991; Levitt, Weber & Clark, 1986; Sarason et al., 1990b; Thoits, 1982; Tousignant, 1992) et les habiletés parentales (Belsky, 1984; Crittenden, 1985; Jennings et al., 1991).

Le soutien social et le développement de l'enfant

Il n'y a pas de certitude quant au fait que le réseau social de la mère et le développement de son enfant soient liés. Pourtant, les mères qui perçoivent que leur réseau social leur apporte du soutien sont généralement satisfaites d'être mères et sont davantage chaleureuses avec leurs enfants (Colletta, 1979; Pascoe, Loda, Jeffries & Earp,

1981). Or, la chaleur ainsi que la satisfaction d'être une mère sont souvent associées à un développement harmonieux de leur enfant (un attachement sécurisant, des compétences cognitives, etc.) (Baumrind, 1971; Belsky, Lerner & Spanier, 1984; Cochran, 1990). Enfin, il semble que les compétences parentales et une éducation adéquate soient présentes lorsque le réseau social procure du soutien (Belsky, 1984; Crittenden, 1985; Jennings et al., 1991).

En somme, le soutien social des parents semble être indirectement profitable à l'enfant. Par exemple, un enfant qui exprime régulièrement des comportements de retrait et qui est anxieux devient à risque d'être rejeté par ses pairs (Rubin, Hymel, Mills et Rose-Krasnor, 1991). Par contre, si la mère de ce même enfant est engagée dans un réseau social riche, c'est-à-dire soutenant et satisfaisant, ceci peut non seulement améliorer la qualité de la relation mère-enfant mais aussi favoriser l'apprentissage par l'enfant de stratégies socialement compétentes (Cochran, 1990). Ces stratégies s'ajoutent, par le fait même, au répertoire de comportements de l'enfant et peuvent faciliter son intégration auprès des pairs. Un autre avantage indirect de la participation des parents à un réseau social est, d'après Cochran et Brassard (1979), que le réseau peut aussi influencer indirectement l'enfant par une sorte d'impact positif que les membres du réseau exercent sur les parents en tant qu'individus en croissance.

Cochran et Brassard (1979) rapportent également des avantages directs apportés par le réseau social des parents. En outre, l'exploration de nouveaux stimuli et la pratique des compétences acquises sont grandement facilitées si les enfants ont accès à un large éventail de possibilités et d'expériences. C'est pourquoi les enfants sont en mesure de profiter de la participation de leur famille dans des réseaux de proches, de voisins et

d'amis. À cet effet, Cochran et Brassard (1979) et Cochran (1990) expliquent que l'influence du réseau social agit directement sur les enfants à travers une variété de personnes connues depuis un certain temps avec lesquelles les enfants ont des contacts réguliers. Ces contacts sont profitables aux enfants avec ou sans la présence des autres membres de leur famille.

De plus, Cochran et Brassard (1979) présentent quatre types d'influences directes du réseau parental sur les enfants. Le premier, est la stimulation sociale et cognitive. C'est-à-dire que le réseau fournit des occasions d'interactions et d'expériences avec des objets sociaux extra-familiaux qui deviennent des sources de stimulations socio-cognitives. En fait, à ce niveau le réseau peut fournir des interactions et des activités. Le deuxième est le soutien direct qui peut être perçu comme une source de soutien ou de stress. Le troisième est l'apport d'un contexte d'observation dans lequel les membres peuvent servir de modèle aux enfants. Le quatrième est l'apport de possibilités pour une participation active. La participation active des enfants dans le réseau des parents peut établir les bases de leur propre réseau social. De plus, ce processus implique l'acceptation d'une quantité grandissante de responsabilités par les enfants. Ceci les conduit de plus en plus à une participation égale dans les échanges. Ce qui représente, pour eux, un prérequis nécessaire afin de maintenir un réseau de relations. Cette participation peut aussi conduire à une incorporation de personnes dans le réseau social des parents à cause du réseau émergeant des enfants (p. ex. les parents d'un nouvel ami). L'échange réciproque (Cochran & Brassard, 1979; Crittenden, 1985; LaFrenière & Dumas, 1992) devient ainsi une habileté essentielle pour maintenir un réseau de relations et développer leurs propres compétences sociales.

L'influence du soutien social de la mère sur l'attachement de son enfant

Il semble que les expériences d'attachement peuvent avoir une influence à long terme à travers la vie adulte. C'est pourquoi, il est important que les enfants connaissent une relation sécurisante avec leur mère. Or, être une mère n'est pas toujours facile spécialement lorsque celles-ci sont isolées socialement. D'ailleurs, les mères qui ont peu de soutien considèrent habituellement improbable que leurs relations sociales apportent une réponse satisfaisante à leurs besoins (Crittenden, 1985). En conséquence, ces mères insatisfaites de la disponibilité d'autrui seraient à leur tour moins disponibles pour leurs enfants. Et comme nous l'avons déjà mentionné, l'absence de disponibilité maternelle peut être reliée à l'insécurité affective des jeunes enfants. En revanche, les mères qui reçoivent du soutien social sont plus motivées et sont par surcroît disponibles à leur enfant. Cette motivation, de même que cette disponibilité se traduisent généralement par un attachement sécurisé chez leur enfant (Crittenden, 1985; Lyons-Ruth, Connell, Grunebaum & Botein, 1990; Sarason et al., 1990a).

Jacobson et Frye (1991) cherchent à consolider à l'aide de leur étude les résultats de Crockenberg (1981) qui mentionne que si le réseau social de la mère est soutenant cela lui simplifie la tâche dans son rôle de parent et facilite l'établissement d'une relation affectueuse sécurisante pour son enfant. Pour ce faire, ils établissent une relation entre les effets du soutien social maternel et le développement de l'attachement. Jacobson et Frye (1991) se basent sur un échantillon regroupant des gens à bas revenu et qui sont socialement à risques. Les résultats de leur étude suggèrent que la présence d'un soutien social provenant d'une personne empathique peut influencer le développement de la sécurité de l'enfant d'une manière positive. Ce qu'il y a d'intéressant dans cette recherche

c'est qu'elle met en valeur l'apport considérable d'une intervention simple et brève provenant des membres du réseau. Ces auteurs illustrent que la participation des parents dans un réseau social peut avoir des répercussions positives sur les compétences ultérieures et sur le développement affectif de leurs enfants.

En résumé, certains auteurs affirment que la présence de personnes qui fournissent du soutien influence positivement la qualité de la relation mère-enfant. Il nous semble cependant qu'il existe une autre façon d'interpréter la relation entre le soutien et l'attachement. En réalité, une mère chaleureuse et sensible serait une femme qui est avant tout sécurisée affectivement (Provost, 1995; Sarason et al., 1990a). Cette personne profite des bienfaits de son réseau social car sa sécurité affectivement influence positivement sa perception de l'aide disponible. De plus, elle juge sans doute être digne de recevoir l'aide disponible au besoin.

Le soutien social, le stress parental de la mère et l'attachement de l'enfant

Les multiples publications portant sur les événements stressants de la vie quotidienne reconnaissent simultanément les effets pathogènes du stress et les effets protecteurs du soutien social (Heller et al., 1986; Provost, 1995; Sarason et al., 1990). Cohen et Wills (1985, voir Provost, 1995) proposent deux modèles extraient de cette documentation et rapportent que le soutien social est soit un atténuateur de stress ponctuel ou bien un régulateur de la gestion du stress quotidien (Provost, 1995).

Dans plusieurs situations les mères profitent du soutien apporté par les membres de leur réseau. En fait, les mères qui font l'expérience d'un soutien social réagissent

positivement à leur enfant, même si celui-ci est agressif ou inhibé. Qu'on considère les modèles atténuateur ou régulateur, il semble que la disponibilité que perçoivent les mères soit l'élément central de leur ajustement quotidien. Or, ce sont les mères capables de maintenir un lien social qui démontrent le plus de compétence à établir un lien affectif avec leur enfant (Jennings et al., 1991; Rubin, 1993; Zarling, Hirsh et Landry, 1988). Heller et al. (1986) suggèrent une nouvelle façon d'aborder l'association du stress et du soutien qui appuie cette observation. En effet, ces auteurs proposent que non seulement les relations sociales protègent la santé mentale et la santé physique mais encore que l'intégration ou l'engagement dans un lien social est reliée à des processus sociaux qui favorisent l'adaptation générale. En d'autres termes, une personne qui possède des compétences lui permettant de faire l'expérience d'une relation intégrée, c'est-à-dire profonde, détient aussi des compétences pour s'ajuster aux événements stressants de la vie.

Dans ce sens, il s'avère possible selon Levitt et al. (1986) que le stress amplifie le rôle du soutien comme protecteur de la relation d'attachement. En d'autres termes, une mère qui est apte à vivre un lien affectif tire davantage profit du soutien social en période de stress sans doute parce qu'elle se sent digne d'être soutenue. À l'opposé, une mère qui éprouve de la difficulté à vivre intensément un lien affectif est plus susceptible d'être incertaine de la disponibilité de son réseau. Elle risque donc de subir de manière plus prononcée les effets négatifs du stress et du soutien. Par conséquent, ces mères peuvent se retirer affectivement et physiquement de leur relation avec leurs enfants parce qu'elles-mêmes sont submergées affectivement. Ce retrait peut alors engendrer un sentiment d'insécurité chez leurs enfants pour les raisons que nous avons évoquées.

Ainsi, la satisfaction que retire une personne du soutien qu'elle perçoit peut être tributaire de caractéristiques personnelles. En effet, comme le souligne Provost (1995) les adultes qui répondent positivement aux questionnaires mesurant le soutien perçu sont des personnes qui disposent d'une bonne sécurité. La relation existant entre l'attachement et la perception de soutien est aussi observée par Crittenden (1985) qui propose que le modèle de représentations intériorisées de la mère influence ses relations sociales dont celles avec son enfant.

En résumé, une mère qui est affectivement sécurisée demeurera disponible physiquement et affectivement à son enfant même si elle vit une période de stress intense. De plus, sa sécurité personnelle fera en sorte qu'elle interprétera positivement le soutien qu'elle reçoit ou qu'elle perçoit et même si ce soutien est plus ou moins aidant.

L'influence du soutien social sur les symptômes d'intériorisation

Finalement, il semble que le comportement et l'expression affectif d'un enfant puissent être influencé par la disponibilité perçue par sa mère. D'abord, parce que la perception qu'a une mère de la disponibilité des autres et la satisfaction qu'elle en retire serait un reflet de sa propre sécurité affective. Ensuite, il ne faut pas négliger la contribution des membres du réseau. En effet, certains enfants dont la mère ne répond pas adéquatement à leurs besoins peuvent être impliqués dans d'autres relations (père, grands-parents, fratrie) qui les protègent des effets néfastes des attitudes négatives de leur mère (Crockenberg, 1981). Donc, un enfant à risque de développer des difficultés d'adaptation telle que des symptômes d'intériorisation peut être protégé par la présence des membres du réseau qui répondent à ses besoins.

Un soutien social de qualité devient donc un protecteur indirect des symptômes d'intériorisation en améliorant les conditions du milieu. Mais, il est aussi un protecteur direct si l'on tient compte, comme le rapporte Cochran et Brassard (1979), de la richesse des expériences qui sont en mesure de provenir du réseau social.

Présentation du modèle

Le milieu dans lequel se développe un enfant a une grande importance sur son mode d'adaptation ultérieur autant en ce qui a trait à la qualité de son attachement qu'en ce qui concerne le développement des symptômes d'intériorisation. Le contexte théorique a présenté trois facteurs prédicteurs des symptômes d'intériorisation. Ceux-ci dessinent un contexte écologique qui rassemble des composantes très négatives (sentiment d'isolement, disponibilité réduite et insécurité affective). En résumé, ce contexte révèle que les troubles d'intériorisation se développent lorsque la mère vit beaucoup de stress (Rubin & Mills, 1991) et qu'elle n'a pas un soutien social adéquat (Jennings et al., 1991). De plus, ces deux facteurs, stress important et soutien inefficace, rendent la relation mère-enfant difficile. Ce contexte, peut produire avec le temps, un sentiment d'insécurité chez l'enfant (Crockenberg, 1981).

Dans la documentation les différents facteurs évoqués sont la plupart du temps testés dans des analyses linéaires. Notre objectif est d'élaborer un modèle qui regroupe simultanément l'ensemble des facteurs (voir figure 1). Le présent projet cherche donc à montrer que les symptômes d'intériorisation peuvent se développer dans une conjoncture particulière.

Le présent projet vise à démontrer la pertinence du modèle soutenant que le soutien social (satisfaction ressentie et disponibilité perçue) de la mère influence directement son niveau de stress (qu'elle vit en fonction de caractéristiques personnelles ou de certaines caractéristiques de son enfant) de même que la qualité de l'attachement de son enfant. De plus, ce modèle cherche à démontrer que ces deux facteurs, stress et attachement,

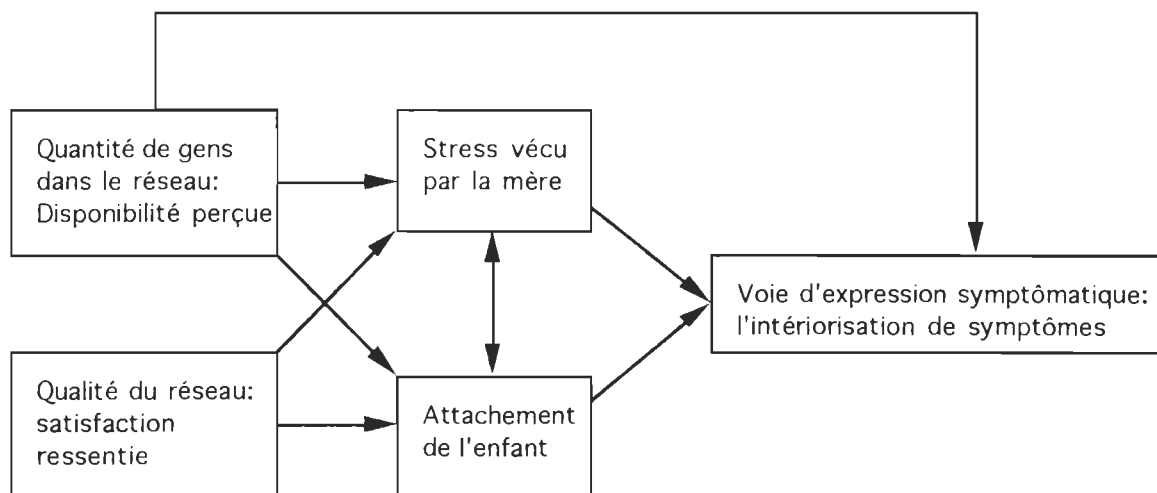


Figure 1. Modèle prédictif du développement des symptômes d'intériorisation.

influencent conjointement la croissance des symptômes d'intériorisation. Enfin, le modèle stipule que le nombre de personnes présentes influence le mode d'expression de l'enfant. Autrement dit, plus il y a de gens autour de l'enfant, plus celui-ci développera des aptitudes à entrer en contact avec ses pairs. Par conséquent, moins il sera retiré, anxieux et dépendant avec les adultes et envers son éducatrice à la garderie.

En définitive, une mère qui perçoit peu de disponibilité de la part des gens qui l'entourent et qui manifeste peu de satisfaction à l'égard de cette disponibilité est plus susceptible de vivre du stress maternel et d'avoir un enfant insécurisé affectivement. Cette conjoncture, stress élevé et attachement insécurisé, serait à la base de la manifestation des symptômes d'intériorisation. Toutefois, plus la disponibilité perçue par la mère est grande, moins l'enfant exprimerait des symptômes d'intériorisation.

Méthode

Ce chapitre aborde les principaux éléments méthodologiques. La première section s'affaire à décrire l'échantillon. La seconde section présente les différents instruments utilisés tandis que la dernière décrit le déroulement même de l'expérience.

Sujets

L'échantillon comprend 126 familles¹ dont 52 sont de type monoparental avec la mère comme soutien. Les parents des 74 familles biparentales sont les parents biologiques.

La distribution de l'âge des mères se présente comme suit: cinq mères de 24 ans et moins, 25 dont l'âge varie entre 25 et 29 ans, 56 variant entre 30 et 34 ans, 35 mères âgées entre 35 et 39 ans et de cinq de 40 ans et plus. En somme, la majorité des répondantes recrutées sont âgées entre 25 et 39 ans.

Le niveau de scolarité des répondantes se distribue comme suit: 17 ont fait des études de niveau primaire, 38 de niveau secondaire, 41 ont obtenu soit un diplôme d'études collégiales soit un diplôme d'études professionnelles et 29 ont fait des études de niveau universitaire (un sujet n'a pas complété cette question). Le statut d'emploi des répondantes se divise en trois catégories. La première fait référence à celles qui sont sans

¹ Cette recherche s'inscrit dans le cadre d'un programme de recherche qui a recruté 126 familles. Nous n'utiliserons ici que les données recueillies auprès des mères et de leur enfant.

emploi, il y en a 16. Les deux autres catégories regroupent 109 répondantes. Parmi celle-ci 23 travaillent à temps partiel alors que 86 travaillent à temps plein (un sujet n'a pas répondu à cette question). Enfin, d'après les données recueillies dans le ISP le niveau socio-économique de la population participante est moyen-élevé.

En ce qui concerne les enfants évalués, l'échantillon comporte 59 filles et 67 garçons. L'âge des filles varie de 28 mois à 74 mois avec une moyenne de 48,2 mois et un écart-type de 10,6 mois. L'âge des garçons se situe entre 31 mois et 74 mois avec une moyenne de 52,9 mois et un écart-type de 10,8 mois. Un test de Student entre les deux groupes donne une différence significative ($t(125) = -2,46, p < .05$).

Instruments de mesure

Le but de cette recherche est de mettre en relation trois variables maternelles et le comportement social des enfants d'âge préscolaire. Pour mesurer ces quatre variables nous avons eu recours à quatre questionnaires choisis pour leurs valeurs psychométriques et pour leur pertinence théorique et leur utilisation très répandue.

Le comportement social de l'enfant: Profil Socio-affectif (PSA)

Le premier questionnaire, le PSA, évalue le profil socio-affectif d'enfants d'âge préscolaire (LaFrenière et al., 1990). Ce dernier est composé de 80 énoncés décrivant des comportements observables dans une population d'enfants en bas âge (voir appendice A).

Ce sont les éducatrices de garderie qui répondent à cet instrument de type «Likert». Elles rapportent sur un continuum de un (jamais) à six (toujours) si elles observent chez l'enfant ciblé les différents comportements décrits par les items. Si un comportement ne peut être évalué, un espace de réponse est prévu à cet effet.

Le PSA contient huit échelles. Chacune d'elle comprend un pôle positif (5 énoncés) et un pôle négatif (5 énoncés). Pour calculer le score de chacune de ces huit échelles, il s'agit de soustraire la somme des items du pôle négatif à la somme des items du pôle positif.

Si le chercheur extrait le pôle positif des huit échelles (40 items) il obtient une mesure de la compétence sociale. En revanche, s'il extrait le pôle négatif de chacune des huit échelles, il peut retirer deux autres dimensions. La première vise à mesurer les symptômes d'extériorisation (20 items) tandis que la deuxième mesure les symptômes d'intériorisation (20 items). L'échelle d'intériorisation regroupe quatre sous-échelles. Celles-ci visent à mesurer les comportements de retrait (5 items), de dépendance à l'éducatrice (5 items), d'anxiété (5 items) et de dépression (5 items). Puisque notre intérêt porte sur les symptômes d'intériorisation, seule les valeurs psychométriques de cette échelle sont présentées.

D'abord, l'accord interjuge pour la mesure des symptômes d'intériorisation s'avère élevé ($r = .80$). Ensuite, la consistance interne de la mesure d'intériorisation a été mesurée par un Alpha de Cronbach dont l'indice est de .94. Enfin, la validité obtenue à partir de deux populations, une clinique et l'autre normative, démontre que le PSA

discrimine bien les trois échelles qu'il mesure et qu'il n'y a pas de différence entre les filles et les garçons ($t = 0.66$, ns) concernant l'échelle des symptômes d'intériorisation.

L'attachement Mère-enfant: Le questionnaire Q-Sort

Le paradigme le plus souvent utilisé pour mesurer ou du moins qualifier le type d'attachement Mère-enfant est la situation élaborée par Ainsworth pour déclencher les comportements de recherche de proximité de l'enfant envers sa mère. Or, cette situation semble n'être valable que pour les enfants de moins de deux ans. Le second questionnaire de type Q-Sort (voir appendice B) apporte une mesure de l'attachement qui dépasse les limites d'âge de la situation d'Ainsworth (Waters & Deane, 1985). Le questionnaire comprend 100 cartes qui décrivent des comportements liés aux aspects de la relation d'attachement. La tâche de la mère est de décrire sa relation avec son enfant en qualifiant chaque comportement sur une échelle en neuf points. La mère sélectionne d'abord les énoncés en trois catégories générales: ceux qui décrivent bien leur enfant (typiques), ceux qui ne correspondent pas du tout au comportement de leur enfant (atypiques) et finalement, ceux qu'elle juge être ni typiques ni atypiques (neutres).

À partir de son regroupement initial des items dans les trois catégories générales, la mère doit sélectionner l'ordre d'importance des items classés dans trois sous-catégories. La première sous-catégorie de la première catégorie générale (comportements typiques) fait référence à des comportements que la mère reconnaît comme extrêmement typiques de son enfant. La seconde sous-catégorie de la première catégorie générale fait référence aux comportements qui sont très typiques à l'enfant. La dernière sous-catégorie de la première catégorie générale se réfère à des comportements qui sont typiques à l'enfant évalué (voir

Répartition des scores et distribution des
échelles et sous-échelles du Q-Sort

Catégories générales	Sous-catégories	Nombre d'items: choix forcé	Nombre de points
	Comportement qui est:		
Typiques (25 cartons)	Extrêmement typique	5	9
	Très typique	8	8
	Typique	12	7
Neutre (50 cartons)	Un peu typique	16	6
	Ne s'applique pas	18	5
	Un peu atypique	16	4
Atypique (25 cartons)	Assez atypique	12	3
	très atypique	8	2
	Extrêmement atypique	5	1

Tableau 1). De plus, le parent doit choisir un nombre limité d'items pour chacune des neuf sous-catégories. Ainsi, le répondant doit choisir 5 comportements extrêmement typiques, 8 très typiques, 12 typiques, etc. En d'autres termes, la mère doit distribuer les 100 items à l'intérieur des neuf sous-catégories dont le choix forcé se distribue comme suit: 5, 8, 12, 16, 18, 16, 12, 8, 5.

Le Q-Sort jouit d'un coefficient de fidélité de .95 pour les enfants de 12 à 36 mois. Quant à la validité, elle se situe entre .70 à .80. De plus, il est possible d'utiliser cet

instrument pour une population allant jusqu'à 78 mois (Main, Kaplan et Cassidy, 1985; LaFrenière et al., 1992). Les qualités de mesure font donc de cet instrument l'un des plus utilisés au cours des dernières années en ce qui a trait aux recherches impliquant la mesure de la qualité de l'attachement.

Le stress parental: Index de stress parental (ISP)

Le troisième questionnaire est le ISP (voir appendice C) (Abidin, 1986). Celui-ci est retenu pour ses qualités à mesurer le niveau de stress en apportant une distinction fort importante. En effet, cet outil mesure le stress en fonction de certaines caractéristiques du répondant (domaine du parent) et de certaines caractéristiques de son enfant (domaine de l'enfant). Le premier domaine cherche à mesurer le niveau de stress qui est lié aux caractéristiques personnelles du parent qui y répond. Cet domaine comprend 54 items qui se répartissent en sept échelles: les échelles de dépression (9 items), d'attachement (7 items), de restriction imposée par le rôle de parent (7 items), de sentiment de compétence (13 items), d'isolement social (6 items), de relation avec le conjoint (7 items) et de la santé du parent (5 items).

Le domaine de l'enfant, par contre, mesure le niveau de stress parental lié aux caractéristiques de l'enfant. Un score très élevé sur cette échelle indique que certaines caractéristiques de l'enfant rendent le rôle de parent difficile. Cette échelle comporte 47 items et se divise en six échelles. Ces échelles font référence à la capacité d'adaptation (11 items), à l'acceptation du parent (7 items), aux demandes de l'enfant (9 items), à l'humeur (5 items), à l'hyperactivité (9 items) de l'enfant et au renforcement que celui-ci procure à son parent (6 items).

Donc, le ISP permet de mesurer le niveau de stress des parents. La version utilisée comporte 113 énoncés. Les mises en situation ou items 1 à 14, 17 à 39, 44 à 56, 62 à 100 sont de type «Likert». Le répondant peut être profondément en accord (choix = 1) avec ces items ou en profond désaccord (choix = 5). Les items 15, 16, 40 à 43, 57 à 61 ainsi que 101 et 113 sont des choix proposés alors que les items 102 à 112 permettent de recueillir des données d'information générale (ou démographique). Les scores des échelles et des sous-échelles s'obtiennent en additionnant les items correspondant à chacune d'entre elles.

Pour le domaine du parent, la fidélité est de .93 alors que l'Alpha de Cronbach est de .89 pour le domaine de l'enfant. Plus spécifiquement, la fidélité des sous-échelles constituant le domaine du parent varie entre .55 et .80 et l'indice de fidélité du domaine de l'enfant varie de .62 à .70. De plus, les études portant sur la corrélation test-retest s'étendent de .70 à .77 ($p < .001$) pour le domaine du parent et de .55 à .69 ($p < .001$) pour le domaine de l'enfant. En ce qui concerne la validité, les corrélations avec des échelles correspondantes démontrent des taux de validité dont les seuils significatifs s'étendent de $p < .01$ à $p < .001$ (Abidin, 1986).

Le soutien social de la mère: Questionnaire de Soutien Social (QSS6)

Le dernier questionnaire utilisé est le QSS6 (voir appendice D) (Sarason, Sarason, Shearin et Pierce, 1987). Ce dernier est sélectionné pour sa capacité à mesurer la disponibilité perçue et la satisfaction ressentie face au soutien social.

Sur le plan des qualités psychométriques Sarason et al. (1987) montrent que le QSS6 est stable dans le temps et qu'il possède une grande cohésion interne, ce qui en fait un instrument fréquemment utilisé à l'heure actuelle compte tenu des difficultés à opérationnaliser un construit aussi vaste que celui de soutien social.

Le QSS6 comprend six énoncés qui décrivent des situations problématiques rencontrées dans la vie quotidienne. Certains sont de type émotif (avoir de la peine) ou de type instrumental (avoir besoin de quelque chose). Le répondant doit, pour chaque question, d'une part désigner les personnes (la mère, le père, le conjoint, etc.) sur qui il peut compter pour l'aider à traverser ce genre d'épreuve et, d'autre part, évaluer son niveau de satisfaction en regard du soutien qu'il reçoit généralement dans ces moments là. Cette dernière évaluation se base sur une échelle Likert de six points.

Ce questionnaire apporte donc deux échelles. La première se réfère à la quantité de gens apportant du soutien, c'est-à-dire la disponibilité perçue par le répondant. La seconde rapporte la qualité du soutien fourni par le réseau à la personne, c'est-à-dire, la satisfaction ressentie. En d'autres termes, la disponibilité perçue est le nombre de personnes qui seraient disponibles en fonction de la mise en situation des différents énoncés alors que la satisfaction ressentie montre à quel point la présence de ces personnes est satisfaisante ou non pour le répondant.

Pour obtenir le score de la disponibilité perçue, il s'agit d'additionner le nombre de personne(s) mentionné(s) pour chaque item. Un score global peut être obtenu en établissant la moyenne de gens perçus comme disponibles pour la somme des mises en situation. Le score de satisfaction ressentie est la moyenne des scores de satisfaction pour

les six items. Cette cote donne une idée générale sur la satisfaction que perçoit une personne en regard du soutien social.

Le questionnaire de soutien social utilisé dans cette recherche est une réduction du questionnaire original qui comporte 27 items. Compte tenu du fait qu'il est long d'y répondre, Sarason et al. (1987) ont choisi de le réduire. La version originale dispose d'une consistance interne très intéressante pour les deux échelles. La consistance interne de la première échelle (disponibilité perçue) détient une consistance interne variant de .97 à .98 alors que la consistance interne de l'autre échelle (la satisfaction ressentie) est de .97.

La nouvelle version du questionnaire (6 items) s'avère fortement similaire à l'ancienne version (27 items) quant à sa validité interne. En effet, celle-ci se situe autour de .90 à .93 pour les deux échelles. Sarason et al. (1987) démontrent que la validité de la nouvelle version est toute aussi valable que la version longue.

L'équivalence des deux versions est redevable à la méthode utilisée. En effet, Sarason et al. (1987) ont créé trois échantillons indépendants qui ont répondu à la version intégrale du questionnaire de soutien social ainsi qu'à d'autres instruments de mesure du soutien social. En plus, ces sujets, selon leur groupe, ont répondu à des questionnaires mesurant la relation parent-enfant antérieure, la timidité, l'anxiété sociale et la dépression. Afin de choisir les items de l'ancienne version les plus pertinents pour les transposer dans une version plus courte, Sarason et al. (1987), ont utilisé une analyse factorielle (rotation varimax) sur les deux premiers échantillons.

L'analyse factorielle a permis de faire ressortir six questions à deux volets (nombre et satisfaction) pour le premier échantillon et sept questions à deux volets pour le second échantillon. Par la suite, six questions ont été sélectionnées pour être davantage analysées. Trois d'entre elles l'ont été parce qu'elles se retrouvaient dans les deux analyses, tandis que les trois autres ont été choisies parce qu'elles obtenaient les poids factoriels les plus élevés sur l'une ou l'autre des deux analyses.

Après avoir sélectionné les items par l'analyse factorielle, Sarason et al. (1987) ont mis en relation les diverses mesures amassées pour les trois échantillons. Ils rapportent qu'il n'y a pas de différence significative entre les diverses corrélations. Par exemple, il y a une corrélation négative entre le QSS27 pour le nombre de personne dans le réseau et la dépression ($r = -.34, p < .001$) tandis que le QSS6 est corrélé à $r = -.29, p < .001$, avec la même mesure. Leurs résultats confirment ainsi la justesse de la version réduite.

Déroulement

Nous avons recruté les sujets par le biais de formulaires de participation distribués dans les garderies participantes des régions de Trois-Rivières et de Hull. Une assistante de recherche contactait par la suite les familles et prenait rendez-vous avec elles. La rencontre durait environ deux heures et était essentiellement consacrée à demander aux deux parents de répondre au questionnaire Q-Sort sur l'attachement parent-enfant. Chaque parent y répondait indépendamment selon les directives décrites plus haut. À la fin de l'entrevue, l'assistante de recherche remettait à chaque parent un cahier comprenant les deux autres questionnaires (ISP et QSS6) et une enveloppe adressée à cette assistante aux soins de la garderie. Chaque parent complétait ses questionnaires, les plaçait dans

l'enveloppe, la cachetait pour préserver la confidentialité et les remettait à la responsable de la garderie.

Les éducatrices ont pour leur part répondu au PSA pour chaque enfant de l'échantillon dont elles avaient la charge. Cette partie de la recherche a eu lieu en fin de session d'hiver. Les éducatrices qui reçoivent généralement leur nouveau groupe en septembre, avaient donc eu le temps de se familiariser à chaque enfant. Répondre au PSA ne posait donc aucun problème.

Résultats

Le présent chapitre se divise en deux sections. La première section aborde l'analyse des données alors que la seconde présente les résultats.

L'analyse des données

La réduction des données

PSA - Symptômes d'intériorisation

Le chapitre méthode l'a déjà précisé, le PSA est un questionnaire qui contient huit échelles allant d'un pôle positif à un pôle négatif (joyeux-déprimé, confiant-anxieux, tolérant-irritable, etc.). LaFrenière et al. (1990), donnent des indications pour regrouper certains items en fonction de problématiques cliniques spécifiques. Pour mesurer les manifestations d'intériorisation, ils suggèrent de regrouper les items qui forment les pôles négatifs des quatre échelles «joyeux-déprimé», «confiant-anxieux», «intégré-isolé» et «autonome-dépendant». En effet, la documentation sur les symptômes d'intériorisation associe clairement les pôles négatifs de ces échelles à des symptômes d'intériorisation. Cette procédure permet de regrouper 20 items dont le score moyen procure le score d'intériorisation.

Le Tableau 2, montre que la moyenne de l'échantillon de cette étude est moins élevée que la moyenne du groupe normatif de LaFrenière et al. (1990). Ceci signifie

Tableau 2
Moyennes et Écart-types des groupes cliniques et normatifs de l'étude de LaFrenière et al. (1990) et de la présente étude

Variable	<u>Groupe Clinique</u>		<u>Groupe normatif</u>		<u>Présente étude</u>	
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>
Symptômes d'intériorisation	2,70	0,5	2,16	0,5	1,96	0,55

que les enfants de l'échantillon de la présente étude manifestent moins fréquemment des comportements associés aux symptômes d'intériorisation que le groupe normatif de l'étude de LaFrenière et al. (1990). Toutefois, il n'est pas possible de savoir si cette différence est significative.

Q-Sort - Questionnaire sur la relation d'attachement mère-enfant

Waters et Deane (1985) ont élaboré une procédure spécifique pour établir un score de sécurité à partir des réponses des mères. La classification des items en catégories (très typiques à très peu typiques) pose le problème de la quantification de la sécurité. Pour résoudre ce problème, Waters et Deane (1985) enrôlent 43 spécialistes réputés du développement et leur proposent de classer les 100 items de façon théorique, c'est-à-dire en imaginant une relation mère-enfant sécurisante idéale selon les préceptes de la théorie de l'attachement.

Une fois les questionnaires remplis par ces spécialistes, Waters et Deane (1985) ont établi que la catégorie la plus typique valait neuf points et la catégorie la moins typique valait un point. Ils avaient ainsi une échelle de type Likert mais dont la distribution des scores suivait une courbe normale. Ils ont ensuite fait une moyenne des points donnés par les experts pour chaque item. Ils sont ainsi arrivés à une cote-critère pour chaque item. Ainsi un item comme «vient me saluer spontanément durant la journée» qui reçoit une cote-critère moyenne de «8.75» signifie que les experts ont considéré cet item comme étant très typique de la relation sécurisante. Par contre, «quand il ressent du malaise face aux adultes et autres objets, il ne se tourne pas vers moi pour être rassuré» qui ne reçoit qu'une cote-critère moyenne de «1.75» est considéré par les experts comme un comportement qui ne devrait pas survenir souvent dans le cadre d'une relation sécurisante.

Le chercheur qui utilise le questionnaire de Waters et Deane (1985) établit comme les experts l'ont fait, un pointage des items tels que classés par ses répondants (dans le cas présent, les mères) dont la tâche est de décrire la relation mère-enfant concrète qu'ils vivent. Le chercheur en arrive donc à donner à chaque item une cote de un à neuf. Pour établir le score de sécurité de la description de chaque répondant, il suffit de calculer la corrélation entre l'ensemble des 100 items du répondant et des cotes-critères moyennes.

Le score moyen obtenu dans notre étude est de .51 avec un Écart-type de .14 ce qui correspond au score de la plupart des études utilisant le questionnaire Q-Sort comme celle de Jacobson et Frye (1991) ($M = .51$, $\acute{E}t = .14$), de Teti et al. (1991) ($M = .44$, $\acute{E}t = .25$) et de Teti et Ablard (1989) ($M = .43$, $\acute{E}t = .24$).

ISP - Index de stress parental

Le questionnaire de stress parental donne une cote pour le domaine du parent et une pour le domaine de l'enfant. Celles-ci sont directement utilisables sans modification.

Le Tableau 3 montre les moyennes obtenues par les mères dans l'étude d'Abidin (1986) et les moyennes obtenues par les mères de l'étude actuelle. Il est à noter que les moyennes sont très similaires.

QSS6 - Questionnaire de soutien social

Le QSS6 est composé de six questions dans lesquels nous retrouvons deux formes de réponses.

La première forme de réponse consiste à identifier le nombre de personne sur qui la répondante peut compter si la mise en situation évoquée se produit. Cette première réponse donne le nombre de personnes perçues comme disponibles. Nous avons fait une moyenne du nombre de personnes perçues comme disponibles pour l'ensemble des six questions ce qui donne un score global (disponibilité perçue).

La deuxième forme de réponse est la satisfaction que la mère ressent en fonction du soutien perçu. Pour ce faire, elle évalue, pour chacun des six items, son degré de satisfaction. À partir de ces six évaluations, nous avons calculé la moyenne de satisfaction. Or, une grande quantité de sujets tendent vers l'indice maximal de

Tableau 3
Moyennes et Écart-types de l'étude d'Abidin (1986) et de la présente étude

Variables	<u>Étude d'Abidin</u>		<u>Présente étude</u>	
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>
Domaine du parent (mères)	122.7	24.6	123.7	21.99
Domaine de l'enfant (évalué par les mères)	98.4	19.2	97.7	15.25

satisfaction, ce qui fait tendre les résultats vers une extrémité de la courbe (cela rend la distribution des scores anormale). Pour pallier ce problème, nous avons calculé le logarithme de ce score moyen des satisfactions dans le but de réduire l'effet de non normalité de la courbe (Tabachnick & Fidell, 1989).

La présentation des résultats (les scores bruts figurent à l'appendice E)

Notre hypothèse est en fait un modèle théorique de l'effet mutuel des variables à l'étude. L'analyse statistique désignée pour vérifier l'adéquacité du modèle est l'analyse acheminatoire (path analysis). Or, ce type d'analyse exige beaucoup de sujets. Nous devons donc d'abord vérifier l'homogénéité de notre échantillon et la pertinence de considérer tous nos sujets comme faisant partie du même groupe .

Nous avons donc fait une première série d'analyses pour vérifier si les sujets, malgré leur appartenance à des sous-groupes spécifiques (familles monoparentales, biparentales; garçons, filles), se distinguaient sur les variables à l'étude.

Les tableaux 4 et 5 présentent l'ensemble des moyennes obtenues pour chacune des variables utilisées dans l'analyse acheminatoire ainsi que les résultats du test de Student pour chacune de ces variables en fonction des sous-groupes type de parentalité et sexe. Cette vérification préliminaire fournit une assurance que nous ne retrouvons pas de différence importante entre les sous-groupes types de familles (mono ou biparentales) et entre les filles et les garçons (voir Tableau 4).

Le Tableau 4 montre deux variables sur lesquelles se distinguent les deux types de familles (mono et biparentales). Premièrement, le test t ($t(124) = -2.72, p < .05$) montre que les enfants provenant de familles monoparentales expriment davantage de comportements associés aux symptômes d'intériorisation. Toutefois, la moyenne du score d'intériorisation ($M = 2.11$) demeure sous la moyenne du groupe normatif ($M = 2.16$) de LaFrenière et al. (1990) pour cette partie de l'échantillon. Nous ne devons donc pas conclure que ces enfants, dont la mère assume seule les responsabilités familiales, s'expriment de manière symptomatique au contact des autres enfants. De plus, ce tableau permet de constater que les mères monoparentales perçoivent plus de disponibilité dans leur réseau social que les mères de familles biparentales ($t(124) = 2.28, p < .05$).

Dans le Tableau 5, seul le test t portant sur la variable attachement ($t(124) = 1.67, p < .05$) révèle que les sujets féminins bénéficient d'une plus grande sécurité d'attachement que leurs pairs masculins.

Tableau 4
Moyennes, Écart-types et comparaison de moyennes
des deux types de familles ($N = 126$)

Variables	Échantillon <u>complet</u>		Familles <u>monoparentales</u>		Familles <u>biparentales</u>		<i>t</i> (124)
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
Intériorisation	1.96	0.55	2.11	0.59	1.85	0.50	2.72**
Attachement	0.51	0.14	0.50	0.14	0.51	0.14	-.29
Domaine parent	123.33	21.99	125.00	24.90	122.16	19.79	.71
Domaine enfant	97.74	15.25	100.42	14.96	95.85	15.26	1.67
Disponibilité perçue	3.35	1.53	3.74	1.76	3.08	1.29	2.28*
Satisfaction ressentie	5.12	1.02	5.09	1.02	5.13	1.02	-.13

Ces résultats font donc ressortir trois différences soit entre le type de familles soit entre le sexe des enfants. Par contre, les moyennes obtenues pour les trois variables en cause demeurent très proches de celles qui sont révélées par les auteurs des questionnaires. Nous n'avons donc pas de «groupes extrêmes» à l'intérieur de l'échantillon. Étant donné le nombre important de sujets exigé pour l'analyse acheminatoire, nous avons jugé opportun de faire les prochaines analyses en englobant tous les sujets dans un seul et même groupe.

Le Tableau 6, met en évidence la consistance interne des échelles; domaine parent (de la mère) et domaine de l'enfant du ISP et du score de symptômes

Tableau 5
Moyennes et Écart-types des principales variables et comparaison de moyennes
en fonction du sexe ($N = 126$)

Variables	Échantillon		Sexe de l'enfant				<i>t</i> (124)
	<u>complet</u>		<u>féminin</u>		<u>masculin</u>		
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
Intériorisation	1.96	0.55	1.94	0.56	1.98	0.55	-.39
Attachement	0.51	0.14	0.53	0.12	0.49	0.16	1.67*
Domaine parent	123.33	21.99	125.90	24.63	121.07	19.29	1.23
Domaine enfant	97.74	15.25	98.22	14.95	97.31	15.60	.33
Disponibilité perçue	3.35	1.53	3.14	1.37	3.54	1.65	-1.42
Satisfaction ressentie	5.12	1.02	5.18	1.01	5.06	1.03	.56

d'intériorisation du PSA. Dans ce tableau, nous comparons les alphas de Cronbach des études de validation des deux questionnaires (ISP-Abidin, 1986; PSA-LaFrenière et al., 1990) avec la consistance interne obtenue dans la présente étude.

Que ce soit pour le domaine du parent ou du domaine de l'enfant, la consistance interne de ces échelles est tout aussi valable que celle de l'étude de validation du questionnaire. Pour ce qui est de l'échelle d'intériorisation, elle est un peu moins élevée mais demeure fort satisfaisante.

Tableau 6
Alphas de Cronbach pour les questionnaires ISP et PSA

Questionnaires	Catégories:	Consistance Interne	
		Abidin (1986)	Présente étude
ISP	Domaine de la mère	.93	.91
	Domaine de l'enfant	.89	.87
PSA		LaFrenière et al. (1990)	
	Symptômes d'intériorisation	.94	.88

L'analyse des résultats

L'analyse des résultats comprend deux analyses acheminatoires. En effet, le ISP distingue le stress parental apporté par les caractéristiques de l'enfant et le stress parental plutôt lié à des caractéristiques de la mère. Le ISP donne aussi un score global, mais les spécialistes préfèrent de loin utiliser les deux scores de stress. Dans cette veine, nous avons choisi d'établir une distinction entre les deux formes de stress, ce qui a mené au calcul de deux analyses acheminatoires.

Le stress parental: domaine de la mère

La figure 2 présente les résultats de l'analyse acheminatoire stipulant que le soutien social (disponibilité perçue et satisfaction ressentie) de la mère influence directement le

stress qu'elle vit et la sécurité d'attachement de son enfant. Et que ces deux variables, soutien social et sécurité d'attachement, influencent conjointement la voie d'expression de symptômes (intérieurisation) de l'enfant en garderie. Enfin, ce modèle cherche à démontrer que la disponibilité perçue influence les symptômes d'intériorisation.

Les résultats de cette analyse indiquent que la régression impliquant la disponibilité perçue, $\beta = -.22$, $p < .01$ ($R^2 = .05$), et la satisfaction ressentie, $\beta = -.34$, $p < .0001$ ($R^2 = .12$), permettent de constater que ces deux variables prédisent distinctement le niveau de stress. Plus une mère ressent et perçoit du soutien de son réseau social moins elle est stressée. Par contre, le soutien social (quantité et qualité) $\beta = .08$ et $\beta = .07$ ne permet pas de prédire la qualité de la relation d'attachement, c'est-à-dire, la sécurité de l'enfant. Aussi, l'analyse montre une relation entre le stress que l'on attribue aux caractéristiques de la mère et la sécurité de son enfant ($r = -.31$, $p < .0001$). Plus une mère est stressée moins son enfant est sécurisé. De plus, la régression prédit que plus la mère perçoit de la disponibilité, ($\beta = .24$, $p < .01$ ($R^2 = .06$)), plus son enfant s'exprime par des comportements d'intériorisation. Enfin, la régression portant sur la prédiction conjointe du stress et de la sécurité démontre que ni le stress, ni la sécurité ne prédisent les symptômes d'intériorisation.

Le stress parental: domaine de l'enfant

La figure 3 présente les résultats de l'analyse acheminatoire stipulant que le soutien social (disponibilité perçue et satisfaction ressentie) de la mère influence directement le stress que lui fait vivre son enfant et la sécurité d'attachement de ce

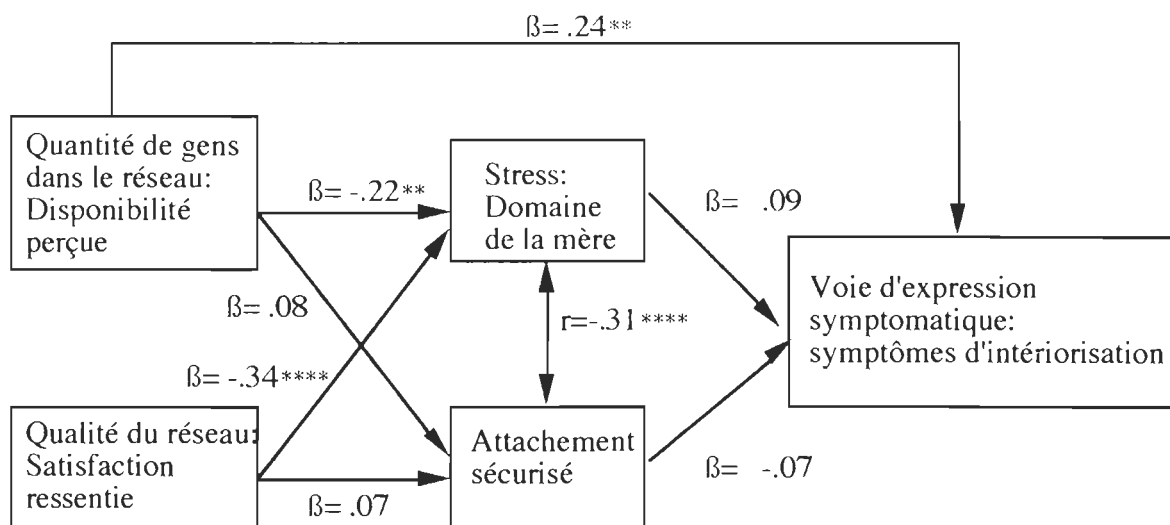


Figure 2. Analyse acheminataire du modèle incluant le domaine de la mère comme mesure du stress parental

** $p < .01$. **** $p < .0001$.

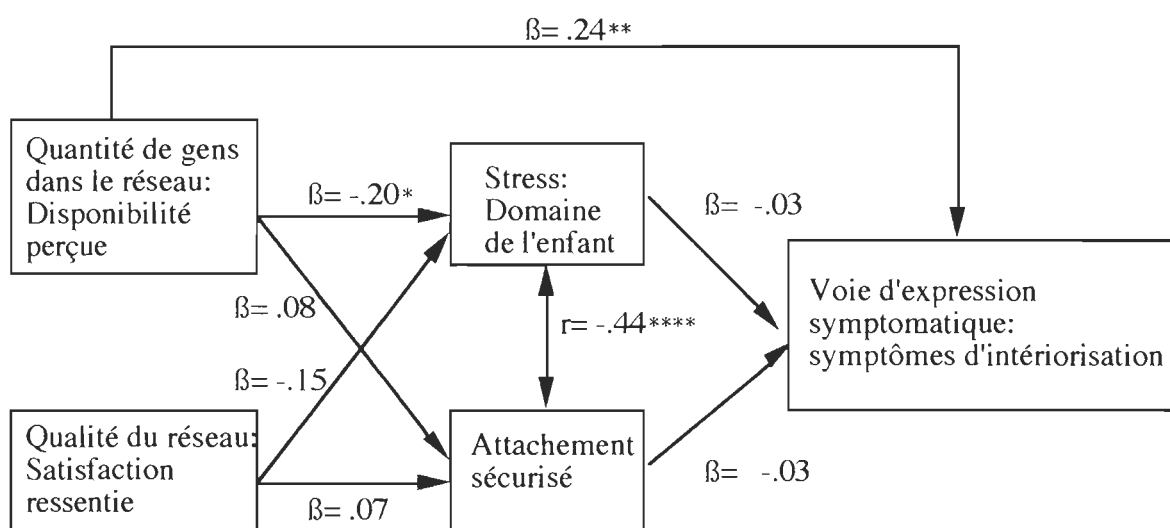


Figure 3. Analyse acheminataire du modèle incluant le domaine de l'enfant comme mesure du stress parental.

* $p < .05$. ** $p < .01$. **** $p < .0001$.

dernier. Ces deux variables, soutien social et sécurité d'attachement, influencent conjointement la voie d'expression symptomatique (intérieurisation) de l'enfant en garderie. Aussi, le modèle établit que la disponibilité que perçoit la mère de son réseau social prédit les symptômes d'intériorisation. Enfin, le modèle stipule que le stress engendré par certaines caractéristiques de l'enfant est lié à la sécurité que retire l'enfant de la relation avec sa mère.

Les résultats de cette analyse indiquent que la régression de la disponibilité perçue, ($\beta = -.20$, $p < .05$ ($R^2 = .04$)), est l'un des prédicteurs du niveau de stress de la mère (produit par des caractéristiques de l'enfant) alors que la satisfaction ressentie, ($R^2 = .02$), ne prédit pas le niveau de stress. De plus, le soutien social (quantité et qualité) ne permet pas de prédire la qualité de la sécurité de l'enfant. Aussi, l'analyse montre une relation entre le stress que l'on attribue aux caractéristiques de la mère et la sécurité de son enfant ($r = -.44$, $p < .0001$). Plus une mère est stressée par certaines caractéristiques de son enfant, moins son enfant est sécurisé. La régression sur le nombre de personnes que contient le réseau social de la mère (disponibilité perçue) prédit que plus la mère perçoit de la disponibilité, ($R^2 = .06$), plus son enfant affiche des comportements symptomatiques. Enfin, la régression portant sur la prédiction conjointe du stress et de la sécurité démontre que ni le stress, ni la sécurité ne prédisent les symptômes d'intériorisation.

Discussion

Cette recherche avait comme objectif de tester un modèle théorique des relations possibles entre certains aspects du vécu maternel et les problèmes d'intériorisation chez des enfants d'âge préscolaire. Ce modèle a été testé grâce à deux analyses acheminatoires du fait de la particularité du questionnaire de stress parental (ISP) qui distingue un stress dû aux caractéristiques de la mère et un stress dû aux caractéristiques de l'enfant. Les résultats des deux analyses ne se distinguent pas assez pour entreprendre une discussion de chacune d'elles séparément. Le présent chapitre se contentera de faire ressortir les quelques distinctions aux moments opportuns.

Les résultats des deux analyses ne confirment que partiellement la pertinence du modèle. Ainsi, les analyses acheminatoires donnent une corrélation négative entre le niveau de sécurité de l'attachement mère-enfant et le stress parental; ce dernier résultat est tout à fait conforme aux données rapportées par les quelques recherches antérieures (Abidin, 1986; Lewis & Feiring, 1991; Teti et al., 1991; Vaughn et al. 1979). Par contre, l'attachement mère-enfant et le stress que ressent la mère dans son rôle parental ne prédisent pas le niveau des symptômes d'intériorisation. Ces premiers résultats ne correspondent pas au corpus de la documentation qui souligne au contraire le lien étroit qui peut exister entre sécurité de l'attachement et intériorisation d'une part (Beitchman et al. 1992; LaFrenière et al. 1990; Lewis et al. 1984; Rubin & Mills, 1991; Rubin & Rose-Krasnor, 1992; Sroufe, 1989; Turner, 1991) et, d'autre part, entre le stress parental et l'intériorisation (Banez & Compas, 1990; Hodges et al. 1990; Lewis et al. 1984; Rubin & Mills, 1991).

Contrairement aux conclusions de Crockenberg (1981), de Jacobson et Frye (1991) de Lyons-Ruth et al. (1990) et de Crittenden (1985) le soutien social ne prédit pas la sécurité de l'attachement. Par contre, le soutien social prédit directement l'intensité du stress parental, c'est-à-dire qu'il semble protéger les mères contre les effets négatifs du stress parental. Ce résultat confirme les études de Heller et al. (1986) de même que celles de Sarason et al. (1990b) qui conçoivent le soutien social comme un protecteur des conséquences négatives du stress.

Les résultats de la présente étude montrent finalement que la quantité de gens perçus comme étant disponibles par la mère prédit le niveau d'intériorisation des enfants. Cette influence est divergente par rapport aux études antérieures consultées (Baumrind, 1971; Belsky et al., 1984; Cochran & Brassard, 1979; Cochran, 1990; Crittenden, 1985) mais elle doit être comprise dans la perspective que la presque totalité des enfants constituant l'échantillon n'affichent pas un comportement symptomatique.

L'analyse détaillée du modèle

Le modèle n'est donc qu'en partie confirmé. En fait, une inspection plus approfondie révèle que le modèle semble se diviser en une première partie où les liens sont significatifs et conformes à la documentation et une deuxième partie où les liens ne sont pas significatifs, ce qui ne coïncide pas avec les données des recherches antérieures.

Une analyse détaillée du modèle permet de distinguer plus nettement encore ces deux parties. En effet, la section qui contient les liens significatifs se compose du soutien social, du stress parental et de l'attachement mère-enfant. Il s'agit là de trois variables souvent utilisées dans des études empiriques et normatives. Il est donc justifié de désigner cette partie comme la section normative du modèle. Par contre, la seconde partie qui contient les éléments non significatifs, regroupe les liens de prédiction envers les symptômes d'intériorisation: le stress parental, la relation d'attachement et les symptômes d'intériorisation. Il faut ici ajouter le lien direct entre le soutien social et les symptômes d'intériorisation même si cette dernière relation ne respecte pas le clivage gauche-droite qui vient d'être présenté. Cette section peut en fait correspondre à des aspects cliniques des liens entre nos variables.

Manifestement, l'aspect normatif et l'aspect clinique du modèle ne réagissent pas de la même manière aux analyses de types linéaires que contiennent les analyses acheminatoires. Nous pouvons donc soumettre pour les fins de la discussion que les aspects normatifs sont effectivement liés les uns aux autres par des relations linéaires alors que les aspects cliniques, du fait de l'extrême qu'elles présupposent obéiraient à des relations curvilinéaires -c'est-à-dire seuls les sujets qui ont des scores extrêmes exprimant

des pathologies ou du moins des problèmes adaptatifs importants- que le modèle ne peut mettre en évidence.

Or, les sections «méthode» et «analyse des résultats» ne laissent aucun doute sur la nature normale de l'échantillon: la stratégie de choix des familles correspondait à une stratégie de recherche de type normatif et les résultats montraient clairement que pour la plupart des variables, l'échantillon épousait les courbes de normalité que les auteurs des questionnaires rapportaient dans leur manuel. Ce choix d'un échantillon normal est facile à justifier puisqu'il est guidé par l'objectif même de cette recherche qui est d'élaborer un modèle théorique décrivant les effets relatifs de certaines variables maternelles sur les comportements de retrait social, de dépression, de dépendance et d'anxiété de l'enfant.

Le modèle proposé se base sur une documentation assez abondante de travaux qui ont mis en relation directe les variables qu'il avait retenues. L'originalité de la démarche, dans ce contexte, est la mise en relation de tous ces liens en une seule analyse puissante qui fait ressortir leurs effets relatifs. La documentation laissait, à première vue, penser que les symptômes d'intériorisation s'inscrivaient sur un continuum lorsqu'ils étaient en relation avec les facteurs de prédiction «sécurité» et «stress». C'est pourquoi, il était tout à fait justifié de penser que le manque de soutien, l'augmentation des stressseurs de la mère et l'insécurité de son enfant influençaient d'une manière progressive l'apparition des symptômes d'intériorisation. Dans cette perspective, un échantillon comportant 126 mères permettait largement de vérifier ce phénomène.

Enfin, en continuité avec cette logique de continuum, nous avons postulé qu'avant d'être reconnu symptomatique, c'est-à-dire avant que les parents deviennent conscients de

la gravité de la situation affective et comportementale de leur enfant présentant des symptômes d'intériorisation, un enfant n'appartient pas à un groupe clinique. Donc, un échantillon normatif constitué d'un assez grand nombre de sujets permet une distribution normale des enfants. En outre, cette distribution contient à la fois des enfants aucunement intériorisants, des enfants dans la moyenne ainsi que des enfants avec des troubles d'intériorisation. Le choix d'un échantillon normatif s'inscrit dans cette logique des populations et a été sélectionné ainsi dans le but d'en apprendre plus sur les variables impliquées dans la genèse de cette problématique spécialement si l'enfant ne suit pas de traitement psychologique. Ainsi, l'augmentation graduelle du stress parental ou de l'insécurité de l'enfant pouvait selon cette logique prédire les symptômes d'intériorisation.

La section normative du modèle

Certes, le choix des variables détermine en partie l'aspect normatif de cette section. Néanmoins, le seul choix de ces variables n'est pas la condition *sine qua non* qui la particularise. En outre, la constitution de l'échantillon de même que les scores moyens de chacune des variables jouent un rôle prépondérant. Comme en fait foi la description du présent échantillon, les mères ne sont pas à risque. En effet, aucun facteur psychosocial ne semble indiquer de points faibles. Ainsi, les mères du présent échantillon proviennent d'un niveau socio-économique moyen-élevé, la plupart d'entre-elles travaillent, ont fait des études et ne sont pas des mères trop jeunes (la plupart des mères sont âgées entre 25 et 39 ans).

Les statistiques descriptives préparatoires (scores moyens et écarts-types) confirment également la normalité des sujets. Réellement, les mères ne sont pas particulièrement stressées. De plus, la plupart d'entre elles perçoivent entre deux et cinq personnes disponibles en cas de besoin et s'estiment très satisfaites du soutien apporté par ces personnes. Enfin, les enfants obtiennent un indice de sécurité comparable à celui des études utilisant des échantillons n'affichant pas de problèmes particuliers (Teti & Ablard, 1989; Teti et al., 1991). En résumé, l'échantillon semble tout à fait se situer dans les normes.

L'effet modérateur du soutien social sur le stress parental

Les résultats de la présente étude montrent que le soutien social prédit l'intensité du stress parental. Ces résultats confirment les propos de nombreux auteurs qui stipulent que

percevoir de la disponibilité protège les mères des conséquences négatives du stress parental (Brown, 1986; Heller et al., 1986; Provost, 1995; Sarason et al 1990b).

Ainsi, le soutien social semble posséder des qualités de protecteur contre le stress (Cochran, 1990; Provost, 1995; Tousignant, 1992). Comme nous l'avons déjà mentionné, la documentation portant sur les stressseurs quotidiens, tel que le stress parental reconnaît à la fois les effets pathogènes de ces stressseurs de même que les effets protecteurs du soutien social (Heller et al., 1986; Provost, 1995; Sarason et al., 1990b). Cohen et Wills (1985, voir Provost, 1995).

Les présents résultats montrent que les mères profitent du soutien social perçu et que ce soutien joue un rôle de protecteur contre les conséquences stressantes des interactions avec leur enfant. En fait, habituellement, une mère qui fait l'expérience d'un soutien social réagit positivement à son enfant, c'est-à-dire qu'elle ne le considère pas comme un stressseur menaçant à un point tel que le stress provoqué par cette relation fasse en sorte que la mère se sente incapable de prévenir ou de gérer les conséquences négatives de cette relation soit en fonction d'elle (domaine de la mère) soit en fonction de son enfant (domaine de l'enfant). Dans cette perspective, le fait que la satisfaction ressentie ne protège pas de manière significative le stress parental de la mère (domaine de l'enfant) est très compréhensible puisque cette satisfaction ne change en rien les caractéristiques potentiellement stressantes de son enfant. Toutefois, la perception de disponibilité peut réduire de manière significative les conséquences négatives de ces caractéristiques de l'enfant. En effet, sans changer l'enfant, la disponibilité que perçoit la mère peut suggérer que certaines personnes soient capables de l'aider en cas de besoin.

Finalement, qu'on considère les modèles atténuateur ou régulateur rapportés par Provost (1995), il semble que la disponibilité perçue par les mères soit effectivement un élément majeur en faveur de leur ajustement quotidien. Dans cette perspective, il semble en effet que se soit les mères capables de maintenir un lien social qui démontrent le plus de compétence à établir, au-delà des stressseurs quotidiens, un lien affectif avec leur enfant (Jennings et al., 1991; Rubin, 1993; Zarling et al., 1988). Autrement dit, les mères profitent directement du soutien social qu'elles perçoivent puisque c'est un facteur qui contribue à la réduction de leur stress parental. Par conséquent, la disponibilité perçue par la mère serait plus un atténuateur des conséquences stressantes de la relation mère-enfant alors que la satisfaction ressentie serait plus régulatrice de ces conséquences stressantes.

L'effet direct du soutien social sur l'attachement de l'enfant

Nous avons précisé que les mères capables de maintenir un lien social montrent plus de facilité à établir un lien affectif avec leurs enfants malgré les stressseurs quotidiens. Cette capacité à maintenir un lien social se voit dans l'analyse que font ces mères du soutien social perçu. Or, nous avons postulé que l'expérience que vit la mère avec les membres de son réseau refléterait une sécurité intrinsèque qui devrait également s'observer chez son enfant. Dans ce sens, l'absence de prédiction de la sécurité affective des enfants par le soutien social de leurs mères nous surprend. Toutefois, quelques éléments peuvent aider à expliquer en partie l'absence de cette relation directe entre les variables de soutien social et d'attachement.

Le fait que les résultats de la présente étude montrent une relation non significative entre les deux composantes du soutien social et la sécurité d'attachement s'explique par la normalité des scores de ces échelles et la faible variance enregistrée dans les deux questionnaires. Que ce soit les scores des deux composantes du soutien social ou bien l'indice de sécurité de l'enfant, ni l'un ni l'autre de ces scores ne contient suffisamment de mères peu soutenues ou d'enfants peu sécurisés pour nous permettre d'observer l'influence commune des variables de soutien social sur l'attachement. En fait, il est possible d'expliquer cela par le fait qu'un enfant sécurisé profite comme la plupart des enfants des bienfaits du réseau social de sa mère mais il ne devient pas pour autant plus sécurisé.

Mais comment se fait-il que certaines recherches (Crockenberg, 1981; Jacobson & Frye, 1991) rapportent des résultats significatifs entre ces éléments alors que la présente

étude, tout comme celle de Levitt et al. (1986), n'en obtient pas? Pour leur part, Levitt et al. (1986) interprètent la différence entre leurs résultats et ceux de Crockenberg par le fait que certaines mères, spécialement lorsque leurs enfants sont difficiles (tempérament, profil agressif, etc.), éprouveraient davantage de sentiments négatifs à l'égard du soutien disponible. Pourtant, il existe une autre façon d'analyser ces résultats. En effet, contrairement à l'étude de Levitt et al. et à la nôtre, Crockenberg (1981) et Jacobson et Frye (1991) ont constitué deux groupes, l'un recevant du soutien (une aide externe), l'autre pas. Le soutien social est alors plutôt dichotomique et les auteurs distinguent simplement les mères qui reçoivent du soutien et celles qui n'en reçoivent pas. Le problème est cependant de trouver un point médian pour distinguer les deux groupes. Il n'en demeure pas moins que selon cette hypothèse, une analyse linéaire du soutien, allant du «peu de soutien» jusqu'à «beaucoup de soutien» serait difficile à justifier. Le fait d'avoir pris cette option ici dans le cadre d'un modèle à relations linéaires pourrait expliquer ce manque de relation avec l'attachement.

Levitt et al. (1986) obtiennent également une relation négative entre l'insatisfaction de la mère envers sa propre mère (évitent les relations avec sa mère) et le tempérament difficile de leur enfant. Toutefois, ils précisent que la probabilité d'obtenir une telle relation est peut-être attribuable à la chance puisqu'elle résulte d'un très grand nombre d'analyses. Malgré tout, cette relation est intéressante en ce sens qu'elle nous informe peut-être qu'il faut nuancer la contribution des membres du réseau. En effet, si un intervenant naturel fait partie du réseau de la mère, celui-ci peut lui fournir une forme d'aide différente et probablement complémentaire à celles des membres apportant normalement le soutien à la mère. En l'absence de cette aide externe la mère peut ne pas avoir d'autre choix que de compter sur les gens qui sont déjà autour d'elle, même si elle

juge qu'ils n'apportent pas une aide appréciable dans certaines sphères de sa vie. Aussi, certains membres du réseau social de la mère peuvent ne pas avoir de contacts avec sa vie familiale et ainsi de ne pas être des agents contribuant à son mieux-être lorsque cette dernière est en relation avec son enfant.

La documentation semble indiquer que la perception de soutien peut dans certains cas affecter la relation mère-enfant (effet indirect sur le stress, voir section sur l'effet indirect du soutien social) mais nos résultats indiquent que dans des conditions de vie comme celles des sujets du présent échantillon, le soutien de la mère n'affecte pas directement la sécurité de son enfant.

La relation entre le stress (domaine de la mère et domaine de l'enfant) et l'attachement

Comme nous l'avons déjà mentionné le stress et la sécurité d'attachement s'associent négativement. Les résultats, des deux analyses (domaine de la mère et domaine de l'enfant), confirment qu'une relation mère-enfant qui se passe dans un contexte relationnel absent de stress chronique permet l'établissement d'une relation profitable pour la mère et son enfant.

Cette relation négative (domaine de la mère) renforce d'une part certains résultats antérieurs stipulant que les enfants d'âge préscolaire sont sensibles, voire vulnérables à l'état de leurs mères en période de stress (Hodges et al., 1990; Vaughn et al. 1979). D'autre part, une autre interprétation est possible concernant cette relation du stress parental et de l'attachement de l'enfant. Selon Hodges et al. (1990), il est probable que le stress parental soit relié à diverses facettes du comportement de l'enfant. Entre autre, ces

auteurs affirment que le stress peut engendrer une réduction de la tolérance, voire une réduction de la qualité des soins apportés à l'enfant. À cet effet, Teti et al. (1991) sont d'avis que les mères d'enfants insécurisés font l'expérience d'un stress parental plus élevé que les mères d'enfants sécurisés.

En d'autres termes, l'organisation individuelle des comportements de la mère affecterait sa façon d'entrer en relation avec son enfant tandis que l'organisation individuelle de l'enfant peut également affecter cette relation. Si la mère a d'importantes prédispositions qui l'amène à analyser la relation avec son enfant comme étant stressante celle-ci peut retirer affectivement de la relation. L'inverse est aussi vrai, un enfant turbulent ou déprimé d'une façon extrême peut devenir un stresser pour sa mère qui peut aussi se retirer affectivement si elle en vient à ne plus savoir quoi faire avec lui. Dans un sens comme dans l'autre, il semble que l'élément principal c'est le danger que le stress parental, donc la stress directement associé à la composante d'interaction mère-enfant, entraîne le retrait de la disponibilité parentale de la mère.

L'effet indirect du soutien social sur la sécurité d'attachement

Nous avons mentionné auparavant que le soutien social n'affecte pas directement la sécurité d'attachement. Malgré l'absence de cette prédiction, la protection qu'offre le soutien social contre le stress parental de la mère, s'observe aussi mais indirectement sur la qualité d'attachement de son enfant. Ainsi, le soutien social permettrait de réduire le stress parental. Par conséquent, le soutien social améliore indirectement les conditions dans lesquelles se produisent l'interaction mère-enfant.

Crockenberg (1981) d'abord, Jacobson et Frye (1991) ensuite, ont trouvé que le soutien social était un bon prédicteur de la sécurité d'attachement. Crockenberg (1981) mentionne qu'un soutien social bas prédit l'insécurité, spécialement lorsque les enfants sont de nature irritable. Pour leur part, Jacobson et Frye (1991) ont obtenu cette relation en isolant les items du Q-Sort qui selon eux sont les plus représentatifs de la sécurité de l'attachement (voir, Waters & Deane, 1985).

Tout comme nous, Levitt et al. (1986) n'ont pas obtenu de relation significative entre le soutien social et l'attachement. Levitt et al. (1986), en guise d'explication suggèrent que l'intensité du stress vécu par la mère influence la qualité d'attachement. Levitt et al. (1986) n'ont cependant pas mesuré le stress. Les présents résultats confirment cette suggestion. En effet, plus une mère perçoit de la disponibilité et plus elle ressent de la satisfaction concernant cette disponibilité moins elle vit du stress parental, moins elle est stressée, plus son enfant est sécurisé. Il semble donc que l'absence de résultats concernant l'influence directe du stress sur l'attachement ne s'explique pas par une influence directe mais par l'effet tampon du soutien social sur le stress parental. Ainsi, cette effet tampon améliorerait la qualité de l'attachement en réduisant le stress (Heller et al. 1986; Jennings et al., 1991; Rubin, 1993; Zarling et al., 1988).

La section clinique du modèle

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'échantillon est constitué essentiellement de mères et d'enfants sans problème clinique manifeste. Initialement, nous avons postulé de manière implicite que les symptômes d'intériorisation s'associaient d'une manière linéaire aux autres variables du modèle. L'absence de résultats significatifs concernant la principale analyse de cette section (c'est-à-dire, la prédiction de l'intériorisation par l'attachement et le stress parental) incite à penser que les symptômes d'intériorisation s'apparient davantage de façon curvilinéaire aux autres variables et que le stress parental tout comme l'attachement aurait intérêt d'être considéré par sous-groupe plutôt que globalement (p.ex. stress bas, moyen et élevé ou profil d'attachement B, A et C). Il reste à en expliquer les raisons et les conséquences à travers l'analyse des résultats de cette section.

La prédiction des symptômes d'intériorisation par le stress et l'attachement

Les résultats de notre étude montrent que le stress parental et la sécurité d'attachement ne prédisent pas les symptômes d'intériorisation, ce qui n'est pas conforme aux études consultées (Abidin, 1986; Banez & Compas, 1990; Hodges et al., 1990; Rubin & Mills, 1991; Sroufe, 1989; Teti et al., 1991). Toutefois, une analyse approfondie de ces recherches, en regard des résultats actuels, nous incite à penser que nos résultats ne sont pas significatifs en raison des quatre points suivants: la normalité des enfants de l'échantillon, la mesure de sécurité du Q-Sort, la mesure du ISP et la différence sexuelle pour la variable d'intériorisation. Nous discuterons de ces éléments dans la présente section.

Dans un premier temps, nous devons constater que les enfants constituant notre échantillon n'affichent pas de signes de retrait social, de dépendance, etc. En fait, ces enfants affichent encore moins de comportements d'intériorisation que ceux de l'échantillon de LaFrenière et al. (1990) puisque la moyenne de leur échantillon normatif sur l'indice d'intériorisation est plus grande ($M=2,16$) que celle du présent échantillon ($M=1,96$). Par conséquent, les sujets du groupe normatif de ces chercheurs exhibent en moyenne plus régulièrement ce type de comportements que les enfants de notre étude. En d'autres termes, notre échantillon est tout ce qu'il y a de plus normal et les sujets les plus extrêmes parviennent à peine à atteindre les scores d'intériorisation reconnus par les créateurs du PSA.

Dans cette perspective, ce serait le nombre peu élevé de ces comportements émis par les enfants qui rendrait la valeur prédictive du stress et de la sécurité pratiquement nulle. Par exemple, si une éducatrice évalue qu'un enfant exprime peu ou pas de comportements et d'affects symptomatiques, il est fort probable que cet enfant ne soit pas un stressor pour sa mère. Il est en plus vraisemblable que la mesure de sécurité ne soit pas sensible à cet ensemble d'enfants très semblables et non symptomatiques. D'ailleurs, seulement 9,5% des enfants évalués obtiennent un indice relativement élevé sur l'échelle d'intériorisation si l'on tient compte des normes cliniques de LaFrenière et al. (1990). Donc, nous pouvons affirmer que les enfants n'affichent pas suffisamment de comportements associés aux troubles d'intériorisation pour que nous parlions d'échantillon clinique.

Un deuxième aspect du modèle peut apporter une explication des résultats non significatifs. Nous avons opté, pour des raisons que nous avons amplement justifiées dans le chapitre «méthode», pour l'utilisation du Questionnaire de Waters et Deane (1985) pour mesurer la qualité du lien affectif entre l'enfant et sa mère. Notre hypothèse, basée sur une documentation imposante, stipulait qu'un attachement de type insécurisant empêchait l'enfant de développer des compétences sociales. Or, il s'avère que nos résultats ne confirment pas cette hypothèse pourtant largement reconnue. Un rapide survol de cette documentation permet cependant de constater que la plupart des études ont utilisé, à partir de deux techniques différentes, des catégories d'attachement plutôt que le continuum sécurité-insécurité que nous avons utilisé.

La première technique est bien sûr la situation d'Ainsworth, c'est-à-dire, l'observation de la réaction affective des enfants face à leur mère dans une situation produisant un stress léger. Cette méthode aurait permis d'extraire les différents styles d'attachement (sécurisé B; anxieux-ambivalent/résistant C; anxieux-évitant A) et de nous renseigner si l'un ou l'autre des styles d'attachement est plus associé à l'expression des symptômes d'intériorisation. En outre, cette procédure nous permettrait de savoir si le pourcentage d'enfants ayant obtenu un indice élevé sur l'échelle d'intériorisation (9,5%) se révélerait plus dans un profil que dans un autre. Encore une fois cependant, la répartition des sujets dans trois groupes ne nous permettrait pas de vérifier notre modèle et ce d'autant plus que les profil A et C réunis n'occupent qu'un tiers d'un échantillon sélectionné au hasard.

La deuxième technique pour éviter le continuum sécurité-insécurité est réalisable à partir du Q-Sort et a déjà été utilisée par Park et Waters (1989). Celle-ci consiste à séparer

le continuum sécurité-insécurité en deux groupes. L'un représentant 66,6% de l'échantillon, c'est-à-dire les enfants sécurisés et l'autre représentant 33,3% du même échantillon, c'est-à-dire les enfants insécurisés. Cette technique d'analyse s'appuie principalement sur les résultats de Waters (1987, voir Park & Waters, 1989) et Bosso (1985, voir Park & Waters, 1989) qui ont démontré la validité du Q-Sort par rapport à la situation étrange d'Ainsworth. Ainsi, Bosso, puis Waters, se sont basés sur des résultats obtenus à partir de la méthode d'observation d'Ainsworth dans laquelle on observe généralement que deux tiers des enfants étaient attachés de manière sécurisée (profil B) alors que l'autre tiers des enfants étaient attachés de manière insécurisée (profil A et C). Park et Waters (1989) mentionnent également qu'il est préférable de séparer ces groupes en deux parce que les filles obtiennent généralement un score de sécurité plus élevé que les garçons. D'ailleurs, cette précision pertinente se confirme dans notre échantillon dans lequel les filles sont significativement plus sécurisées que les garçons ($t(124) = 1.67, p < .05$).

Enfin, si nous adhérons à cette technique d'analyse, notre échantillon doit être coupé en quatre groupes: garçons sécurisés ($n=42$), filles sécurisés ($n=44$), garçons insécurisés ($n=17$) et filles insécurisés ($n=24$). Cependant, une façon de faire comme celle-là n'entre pas dans la logique de l'analyse acheminatoire. Effectivement, afin de rester conforme aux exigences statistiques de l'analyse acheminatoire quant au nombre de sujets requis (au moins 20 sujets par variable, donc 100 sujets au minimum) et à la nécessité d'avoir à la fois des indices de sécurité et d'insécurité sur un même continuum, nous avons utilisé l'ensemble des sujets disponibles.

Une troisième voie d'explication des résultats non significatifs du modèle touche la relation prédite entre le stress parental et les symptômes d'intériorisation. Dans ce cas aussi un examen plus attentif de la mesure de stress peut nous mettre sur la voie d'une explication. En effet, le ISP mesure le stress parental lié à des dimensions «extériorisantes» du comportement de l'enfant. Par exemple, le ISP mesure davantage les dimensions oppositionnelles et hyperactives du comportement de l'enfant. Aucune échelle de ce questionnaire considère directement l'isolement de l'enfant, l'anxiété ou d'autres facteurs associés aux symptômes d'intériorisation en tant que stressseurs pour les parents. Au plus, seule la dépendance est mesurée par certains items des échelles du ISP mesurant le stress que ressent la mère en fonction de l'humeur de l'enfant, de ses difficultés à s'adapter et de ses exigences. Ceci confirme d'une certaine manière l'observation de Kolko et Kazin (1993) qui constatent que les comportements d'extériorisation sont plus facilement observables et surtout qu'ils attirent plus l'attention que les symptômes d'intériorisation. Dans ce sens, il serait important de trouver une mesure de stress parental davantage sensible au stress causé par des comportements d'intériorisation ou d'utiliser une à une les échelles du ISP (13) afin de vérifier la pertinence de chacune d'elle en regard de notre modèle. Toutefois, l'examen de 13 analyses acheminatoires additionnelles alourdirait tellement l'interprétation du modèle de base qu'il serait impossible de dégager des conclusions claires. Il vaut donc mieux pour l'instant de se limiter aux deux analyses présentées et d'envisager, pour le futur l'élaboration d'un questionnaire qui pourrait faire ressortir le stress parental lié aux symptômes d'intériorisation.

En résumé, les liens simples entre l'intériorisation et l'attachement d'une part et le stress parental d'autre part, ne peuvent ressortir dans un modèle linéaire où les enfants

choisis sont presque tous asymptomatiques. Il reste à cette discussion à considérer le modèle de façon plus intégrée.

Les quelques travaux qui se sont penchés sur les symptômes d'intériorisation ont tenté de le faire dans une perspective de psychopathologie du développement, ce qui les a poussés à considérer plusieurs variables. Il ressort de ces études (Beitchman et al., 1992; Cicchetti & Toth, 1991; Rubin & Mills, 1991; LaFrenière et al., 1992; Lewis et al., 1984; Sroufe, 1989) que les symptômes d'intériorisation proviennent d'un type spécifique de relation mère-enfant. Rubin et Mills (1991) dans leur analyse exhaustive des pistes connues pour expliquer l'étiologie du retrait social et des symptômes d'intériorisation en arrivent à poser l'hypothèse que les mères rejetantes et contrôlantes seraient, par leur attitude de sur-contrôle psychologique, les premières causes du retrait social chez l'enfant.

Beitchman et al. (1992) vont dans le même sens et proposent cinq facteurs directement associés à la relation affective de la mère et de son enfant souffrant de symptômes d'intériorisation: une coupure de la relation avec les pairs, une dépendance excessive, une ambivalence face à la mère, une recherche constante d'approbation et une incompetence sociale et comportementale. Un certain profil relationnel se dégage de cette énumération. Les enfants souffrant de symptômes d'intériorisation, plus que les autres enfants, ne créent pas de lien social avec autrui. De plus, cette attitude, ainsi que celle d'être dépendant des autres, d'être ambivalent face à la disponibilité affective de la mère, celle de rechercher une approbation, rappelle le profil d'attachement ambivalent/résistant (C) telle que le décrivent Cassidy et Berlin (1994). Il en ressort que les symptômes d'intériorisation toucheraient plus les enfants dont les mères sont préoccupées (Cassidy & Berlin, 1994) que les autres enfants. D'ailleurs, plusieurs chercheurs dont Barling,

MacEwen et Nolte (1993), Turner (1991) et Hodges et al. (1990) croient que les mères des enfants manifestant des troubles d'intériorisation sont rejetantes, c'est-à-dire que ces mères retirent leur affection ou évitent d'interagir avec leur enfant et qu'elles punissent certains comportements par de la désapprobation, de la critique et de la discipline. Lorsque nous mentionnons que la mère est rejetante ou contrôlante nous ne parlons pas ici directement d'une hostilité manifeste de la mère envers son enfant comme le font Marcus et Mirle (1990). Au contraire, comme nous l'avons déjà mentionné, ces mères seraient plus préoccupées par leurs propres besoins affectifs plutôt que par ceux de leurs enfants. En outre, vus de l'extérieur, ces mères manifesteraient une attitude de surprotection comme le rapportent Rubin et Mills (1991). Paradoxalement, ces mères surprotectrices se décrivent comme étant peu stressées et peu soutenues et seraient particulièrement insensibles aux besoins de leur enfant spécialement lorsque celui-ci est difficile (p.ex., un tempérament difficile, etc.) (Rubin et Mills, 1991). Dans cette perspective, l'attitude de surprotection de ces mères ne viserait qu'à combler leurs besoins affectifs plutôt qu'à protéger leurs enfants. L'un de ces besoins serait de combler leur manque de soutien ou, de combler leurs difficultés à investir dans des relations affectives et sociales avec des adultes. Cette situation engendrerait une relation d'attachement difficile.

Ainsi, les mères des enfants manifestant des symptômes d'intériorisation rejetteraient les besoins de leurs enfants tout en contrôlant leur comportement pour avoir quelqu'un près d'elles. Est-ce à dire que ces mères sont plus contrôlantes que les autres mères? Il semble que ce soit possible. En effet, les mères rapportant peu de stress parental sont décrites comme des personnes qui exercent un grand contrôle psychologique sur elles-mêmes. En plus, ce contrôle est associé à un faible investissement affectif de leurs enfants (Abidin, 1986; Lacharité, Éthier & Piché, 1992). Par exemple, les mères

qui rapportent peu de stress, synonyme d'un grand contrôle psychologique, démontrent des caractéristiques personnelles pouvant engendrer de l'intériorisation parce que non seulement ces mères investiraient peu leurs enfants affectivement mais en plus rejetteraient les besoins affectifs de leurs enfants et contrôlèrent les tentatives d'autonomie de ceux-ci. De plus, c'est lorsque leur enfant serait sensible au stress relationnel, probablement causé par cette relation très ambivalente ou par un tempérament plus inhibé, qu'il développerait des symptômes d'intériorisation. De là, les enfants affichant un profil d'attachement ambivalent-résistant seraient davantage en proie à cette forme d'expression symptomatique (Calkins & Fox, 1992; Hodges et al., 1990; Rubin & Mills, 1991).

Selon toutes les études consultées, la dyade «mère-enfant-retiré-socialement» se distinguerait des autres dyades mère-enfant par un contrôle de la mère sur ses propres émotions et sur celles de son enfant. Or, justement, ce contrôle peut mener la mère à ne pas subir ou du moins à ne pas sentir le stress parental; soit qu'elle ne le ressente pas, soit qu'elle a tellement de contrôle sur son enfant que celui-ci ne soit plus une source de stress. Cette hypothèse est intéressante à la lumière de nos résultats négatifs. En effet, les résultats à l'ISP ne montrent pas des mères particulièrement stressées. Or, nous sommes en droit de nous demander si ces mères sont effectivement peu stressées ou si certaines sont plutôt contrôlantes. Nous n'avons pas en ce moment le loisir de répondre à cette question mais une étude ultérieure devra trouver une façon de contrôler ce type de fonctionnement affectif de la mère.

Le reste du modèle découle en quelque sorte de cette dernière question. Sans vouloir affirmer que le stress parental est la cause du type d'attachement ou des symptômes d'intériorisation, il semble que l'idée du contrôle maternel associé à ce stress

peut se trouver en amont des autres variables. Idéalement, la prochaine étude devrait aussi utiliser une technique de catégorisation des types d'attachement pour permettre d'étudier précisément les enfants de type «C». Une telle procédure permettrait de mettre en relation directe le stress, le contrôle et le type d'attachement.

Une autre voie d'exploration possible est la différence entre les garçons et les filles concernant ces symptômes. Contrairement à la nôtre, des études comme celles de Lewis et al. (1984) et de Marcus et Mirle (1990) rapportent des différences significatives entre les garçons et les filles sur la mesure d'intériorisation. En effet, les garçons démontrent plus de symptômes d'intériorisation dans la mesure où ils affichent un profil d'attachement de type C tandis que les filles affichant ce même profil ne démontrent pas de symptômes d'intériorisation. Il est aussi pertinent de spécifier que les garçons de type «C» sont plus sensibles aux stressseurs environnementaux et sont davantage prédisposés à une pathologie ultérieure parce qu'ils éprouvent plus de difficulté à s'exprimer, qu'ils manifestent plus de troubles somatiques ainsi que du retrait social, donc plus de symptômes d'intériorisation (Lewis et al., 1984; Marcus & Mirle, 1990). Le Q-Sort ne permet pas de discriminer les différents profils d'attachement, il est donc impossible de vérifier cette observation.

Ainsi, l'obstacle principal de la prédiction des symptômes d'intériorisation ne réside pas exclusivement dans la normalité des sujets mais aussi dans le profil même des enfants, de leurs mères et de leurs interactions. Un questionnement reste là concernant les mesures d'attachement et de stress parental. Dans ce sens, seul l'apport de mesures concomitantes et complémentaires nous aurait permis de vérifier si en effet les mesures utilisées étaient vraiment les plus appropriées.

La prédiction des symptômes d'intériorisation par la disponibilité perçue

La disponibilité perçue par la mère prédit positivement les symptômes d'intériorisation. Un soutien social de qualité est donc un incitateur direct à la manifestation des symptômes d'intériorisation. À première vue ce résultat semble contradictoire avec les propos de Sarason et al. (1990a) et de Cochran et Brassard (1979). En effet, il semble logique que plus la disponibilité perçue par la mère est grande, plus l'enfant a de chance d'avoir des interactions significatives et enrichissantes. Dans ce sens, la disponibilité devrait être un protecteur et non un incitateur à exprimer des symptômes d'intériorisation.

Pourtant, comme le rapporte Crittenden (1985) il arrive que des mères se sentent étouffées par le soutien apporté par certains membres de leur réseau. Dans cette optique, une mère peut percevoir de la disponibilité sans que cette dernière soit satisfaite (Provost, 1995). De plus, une mère peut avoir mentionné que des collègues de travail, des intervenants (psychologues, curé, etc.) sont disponibles. Toutefois, ces gens disponibles pour la mère, ne le sont pas nécessairement pour son enfant.

Les symptômes d'intériorisation s'observent à travers la manifestation d'anxiété et de dépendance. Compte tenu de cela, certaines mères peuvent investir dans plusieurs relations parce que chacune d'elle lui apporte un peu d'attention et d'affection qui ensemble réduisent sa propre anxiété et sa dépendance. Ainsi, la mère et son enfant auraient les mêmes besoins non comblés. Dans cette perspective, le lien direct entre la disponibilité perçue et les symptômes d'intériorisation nous en apprend peut-être davantage sur l'état affectif de la mère que sur celui de son enfant que nous avons déjà

abondamment commenté. En effet, le fait de rapporter un grand nombre de personnes peut signifier plusieurs choses. D'abord, que la mère, occupée à maintenir ses nombreuses amitiés, n'a plus le temps de s'occuper de son enfant. Ensuite, il est possible que la mère vive une relation superficielle avec certains membres qu'elle a tout de même rapportés comme disponibles. Ces gens, sont en soi inutiles pour le développement de l'enfant.

Dans ce sens, pour compléter adéquatement notre discussion du modèle, une mesure de soutien parental mesurant le lien affectif réel serait nécessaire afin de vérifier le modèle présenté. En effet, une mère qui a besoin de soutien est une mère qui peut se sentir sollicitée dès le moment où son enfant exprime une demande affective ou matérielle. Mais en même temps son enfant apporte à sa mère une présence.

Considérations futures

À première vue, les résultats ne semblent pas très concluants. En effet, la section normative met en valeur des relations déjà connues. En plus, la section clinique ne semble pas contribuer d'une manière significative à notre compréhension des symptômes d'intériorisation. Comme les éléments des sections précédentes du présent chapitre le laissent entendre, il serait hâtif de conclure que le modèle ne nous apprend rien sur ce type de trouble du comportement social. Au contraire, l'absence de résultats concernant la prédiction des symptômes d'intériorisation par le stress de la mère et l'attachement de son enfant, nous a obligés à approfondir nos connaissances concernant ces symptômes.

Le modèle théorique ne semble donc pas adéquat pour organiser les liens relatifs entre les variables choisies dans cette étude. Toutefois, tout au long de la discussion, nous avons fait ressortir le peu de variance entre nos sujets de sorte que nous sommes passés d'un modèle tout à fait linéaire de l'intériorisation à un modèle qui stipule que seuls les sujets qui ont des symptômes cliniques de retrait social devraient être considérés. Il faudrait donc reprendre cette étude, en utilisant le même modèle mais en modifiant le choix des sujets. En outre, la mesure de l'ISP, bien que reconnue comme une excellente mesure de stress parental devrait être remise en question. À ce niveau, deux stratégies sont possibles: soit de changer d'instrument, soit d'ajouter une variable à l'étude qui permettrait de mesurer le niveau de contrôle que la mère a sur elle-même ou sur son enfant. Il serait alors possible de mesurer l'influence de ce contrôle sur la réponse que la mère donne aux questions portant sur son stress.

Conclusion

Au cours des trente dernières années, les chercheurs et théoriciens de la psychologie du développement ont mis en lumière l'importance des interactions sociales (Asher & Parker, 1989; Cicchetti & Toth, 1991; Dumont et al., 1990; Hartup, 1983; Maccoby & Martin, 1983; Waters et Sroufe, 1983). Pour ce faire, la plupart des travaux se sont principalement concentrés sur les relations existantes entre la compétence sociale et diverses variables dont l'attachement, qui mettent en valeur l'importance de la première relation affectueuse avec la mère pour le développement ultérieur (Ainsworth, 1973; Bowlby, 1969, 1980; Cummings, 1990). D'ailleurs, on reconnaît aujourd'hui que l'attachement est la base sur laquelle les enfants construisent leur sociabilité (Greenberg et al., 1990).

Essentiellement sous l'impulsion de la psychopathologie du développement, deux profils symptomatiques (symptômes d'extériorisation et symptômes d'intériorisation) se sont greffés à l'étude du comportement social. En effet, il était primordial de mieux connaître et comprendre ce qu'engendrait l'absence de compétence sociale. Malgré l'engouement engendré par la psychopathologie du développement ces dernières années, très peu de recherches ont porté sur les symptômes d'intériorisation. Dans ce sens notre connaissance de ce trouble repose sur peu de données empiriques.

De plus, les quelques recherches qui ont porté sur les symptômes d'intériorisation rapportent presque toujours des résultats provenant de relations simples entre ces variables. Additionné à la rareté des recherches portant sur les symptômes

d'intériorisation et de notre motivation à mieux comprendre le rôle de certaines composantes de l'écologie sociale des jeunes enfants affichant ces symptômes, nous avons élaboré un modèle original tenant compte de plusieurs facteurs (attachement, stress parental, soutien social) potentiellement prédicteurs des symptômes d'intériorisation. En outre, afin d'éviter de répéter simplement les travaux antérieurs, nous avons opté pour une analyse plus complexe qui tient compte de toutes les variables sélectionnées dans un même modèle.

En somme, les résultats montrent que le soutien social contribue indirectement à la relation d'attachement. En effet, le lien direct n'est pas confirmé entre ces deux variables alors que le lien indirect impliquant le stress comme variable médiatrice est mis en évidence. Dans cette perspective, il semble que ce soit la capacité de la mère à maintenir un lien social, profitant ainsi de l'effet modérateur du soutien social sur son stress parental, qui permet l'établissement d'un lien affectif sécurisant pour son enfant (Heller et al., 1986; Jacobson & Frye, 1991; Jennings et al., 1990; Rubin, 1993; Rubin & Mills, 1991; Zarling et al., 1988).

De plus, contrairement aux travaux antérieurs (Abidin, 1986; Banez & Compas, 1990; Hodges et al., 1990; LaFrenière et al., 1992; Rubin, 1993; Rubin & Mills, 1991, Sroufe, 1989; Teti et al., 1991), nous n'avons pas observé de relation entre les symptômes d'intériorisation et le stress parental d'une part et l'attachement d'autre part. L'une des principales interprétations de ces résultats serait le profil asymptotique des enfants qui ont participé à l'étude. Une autre interprétation est cependant prometteuse. En effet, la documentation portant sur les enfants retirés socialement et sur les symptômes d'intériorisation stipule que les mères de ces enfants exerceraient un contrôle sur leurs

émotions tout comme sur celles de leurs enfants. Cette forme de contrôle, qui s'apparente au sur-contrôle psychologique des enfants intériorisants, pourrait faire en sorte que ces mères ne ressentent pas le stress quotidien d'une manière extrême ou bien qu'elles contrôlent tellement leur enfant qu'elles ne le considèrent pas comme un stresser potentiel.

Enfin, nos résultats concernant la prédiction des symptômes d'intériorisation par le soutien social semblent également contraires aux travaux antérieurs (Cochran & Brassard, 1979; Sarason et al. 1990a). Pourtant, ces résultats indiquent qu'il est possible que le nombre de personnes rapporté ne soient pas nécessairement relié à la satisfaction ressentie par la mère le concernant. En outre, cette relation nous indique l'importance de compléter la mesure de soutien social avec une mesure de capacité de vivre intensément les relations avec les membres de son réseau. Certes, il est possible de percevoir qu'un grand nombre de personnes soient disponibles mais ces gens là ne sont pas nécessairement significatifs pour l'enfant de sorte qu'ils ne contribuent pas à son mieux-être.

Finalement, un certain profil semble se dégager concernant l'écologie sociale des enfants éprouvant des symptômes d'intériorisation. Celui-ci met en action deux éléments importants. Il met d'abord en action une certaine attitude générale mais complexe de la mère. Ensuite, ce profil met en action des variables qui semblaient plus ou moins importantes au départ: le contrôle maternel, le style d'attachement, le niveau de stress parental, etc.

Au départ, notre modèle cherchait à expliquer une problématique clinique avec un échantillon normatif. À la lumière des présents résultats, il apparaît plus juste de le tester

en utilisant un échantillon clinique, constitué soit de familles stressées ou peu soutenues, soit d'enfants exprimant des symptômes d'intériorisation. Néanmoins, le modèle suggère que les symptômes d'intériorisation ne s'inscrivent pas sur un continuum, c'est-à-dire qu'ils ne progressent pas d'une manière linéaire mais plutôt d'une façon curvilinéaire. C'est pourquoi, un échantillon essentiellement clinique nous permettrait d'observer plus facilement ce phénomène et la valeur réelle des facteurs exogènes. De plus, un modèle tenant compte de la contribution des pères pourrait enrichir considérablement notre modèle. En conclusion, le modèle théorique reste intéressant mais exige de nouvelles vérifications empiriques.

Appendice A

PSA: Profil socio-affectif

PROFIL SOCIO-AFFECTIF (PSA)
DES ENFANTS D'AGE PRÉSCOLAIRE

Par

**Peter J. LaFrenière, Diane Dubeau,
France Capuano et Michel Janosz**

École de psycho-éducation, Université de Montréal

© 1988

NOM DE L'ENFANT

DATE DE NAISSANCE

NOM DE L'ÉDUCATEUR

GROUPE

GARDERIE

**DATE (A LAQUELLE VOUS AVEZ
RÉPONDU AU QUESTIONNAIRE)**

PROFIL SOCIO-AFFECTIF (PSA)
DES ENFANTS D'AGE PRÉSCOLAIRE

Voici une liste de comportements que vous pouvez observer chez un enfant concernant l'expression de son affectivité. Nous vous demandons de coter la fréquence de ce comportement chez l'enfant observé, selon le continuum suivant: Ce comportement est-il **JAMAIS** présent (1), **A L'OCCASION** (2 ou 3), **SOUVENT** (4 ou 5) ou **TOUJOURS** (6) présent? Si vous jugez qu'il est impossible d'évaluer le comportement énoncé, nous vous demandons pour ces rares cas de faire une croix sous **NE PEUX PAS ÉVALUER**.

	Jamais	Occasionnel	Souvent	Toujours	Ne peux pas évaluer
1. Enthousiaste à montrer les chansons, les jeux ou autres comportements appris.	1	2 3	4 5	6	_____
2. Maintient une expression faciale neutre (ne rit et ne sourit pas).	1	2 3	4 5	6	_____
3. Patient, sensible aux difficultés des autres.	1	2 3	4 5	6	_____
4. Mouille (uriner) ou salit (déféquer) sa culotte.	1	2 3	4 5	6	_____
5. Curieux. Attiré par la nouveauté.	1	2 3	4 5	6	_____
6. A l'air fatigué.	1	2 3	4 5	6	_____
7. Facilement contrarié, frustré.	1	2 3	4 5	6	_____
8. Apparaît mécontent lorsqu'il est interrompu dans ses activités.	1	2 3	4 5	6	_____
9. Te regarde directement dans les yeux quand il te parle	1	2 3	4 5	6	_____
10. Irritable. S'emporte facilement.	1	2 3	4 5	6	_____
11. Inquiet. Plusieurs choses l'inquiètent.	1	2 3	4 5	6	_____
12. Rit facilement.	1	2 3	4 5	6	_____

NOM DE L'ENFANT

	Jamais	Occasionnel	Souvent	Toujours	Ne peux pas évaluer
13. S'adapte facilement à des situations nouvelles.	1	2 3	4 5	6	_____
14. S'ennuie facilement et démontre peu d'intérêt.	1	2 3	4 5	6	_____
15. De bonne humeur.	1	2 3	4 5	6	_____
16. Fait preuve de tolérance, de patience.	1	2 3	4 5	6	_____
17. Exprime du plaisir à accomplir des choses.	1	2 3	4 5	6	_____
18. Accepte d'être dérangé.	1	2 3	4 5	6	_____
19. Difficile à consoler.	1	2 3	4 5	6	_____
20. Démontre une confiance en soi.	1	2 3	4 5	6	_____
21. Explore son environnement.	1	2 3	4 5	6	_____
22. S'adapte facilement aux difficultés.	1	2 3	4 5	6	_____
23. Craint, fuit ou évite les situations nouvelles.	1	2 3	4 5	6	_____
24. A l'air triste, malheureux, déprimé.	1	2 3	4 5	6	_____
25. Anxieux, nerveux (ex.: se ronge les ongles).	1	2 3	4 5	6	_____
26. Actif, prêt à jouer.	1	2 3	4 5	6	_____
27. Se plaint facilement.	1	2 3	4 5	6	_____
28. Inhibé ou mal à l'aise dans le groupe.	1	2 3	4 5	6	_____
29. Écoute attentivement quand on lui parle.	1	2 3	4 5	6	_____
30. Crie, lève le ton rapidement.	1	2 3	4 5	6	_____

NOM DE L'ENFANT

Voici une liste de comportements que vous pouvez observer lorsque l'enfant joue avec d'autres enfants. Nous vous demandons de coter la fréquence de ce comportement chez l'enfant observé, selon le continuum suivant: Ce comportement est-il **JAMAIS** présent (1), **A L'OCCASION** (2 ou 3), **SOUVENT** (4 ou 5) ou **TOUJOURS** (6) présent? Si vous jugez qu'il est impossible d'évaluer le comportement énoncé, nous vous demandons pour ces rares cas de faire une croix sous **NE PEUX PAS ÉVALUER**.

	Jamais	Occasionnel	Souvent	Toujours	Ne peux pas évaluer
31. Cherche à se battre avec des enfants plus faibles que lui.	1	2 3	4 5	6	_____
32. Force l'autre à faire des choses contre son gré.	1	2 3	4 5	6	_____
33. Dérange lorsque je porte mon attention sur un autre enfant.	1	2 3	4 5	6	_____
34. Il ne fait rien ou il regarde les enfants jouer.	1	2 3	4 5	6	_____
35. Lorsqu'il est en conflit avec un enfant, il négocie.	1	2 3	4 5	6	_____
36. Reste seul dans son coin. Plutôt solitaire.	1	2 3	4 5	6	_____
37. Les enfants viennent le chercher pour jouer.	1	2 3	4 5	6	_____
38. Reste indifférent à l'invitation d'un enfant pour jouer.	1	2 3	4 5	6	_____
39. Tient compte de l'autre enfant et de son point de vue.	1	2 3	4 5	6	_____
40. Est préoccupé par ses intérêts et ne reconnaît pas ceux des autres.	1	2 3	4 5	6	_____
41. Est présent lorsqu'un groupe d'enfants s'amuse.	1	2 3	4 5	6	_____
42. Frappe, mord, donne des coups de pieds aux enfants.	1	2 3	4 5	6	_____

NOM DE L'ENFANT

	Jamais	Occasionnel	Souvent	Toujours	Ne peux pas évaluer
43. Coopère avec les autres enfants dans une activité de groupe.	1	2 3	4 5	6	_____
44. Se retrouve dans des conflits avec des enfants.	1	2 3	4 5	6	_____
45. Console ou aide un enfant qui a de la difficulté.	1	2 3	4 5	6	_____
46. Doit être le premier.	1	2 3	4 5	6	_____
47. Refuse de partager ses jouets.	1	2 3	4 5	6	_____
48. Partage ses jouets avec les autres enfants.	1	2 3	4 5	6	_____
49. Inactif (ne parle pas, n'interagit pas, ...) lorsqu'il y a une activité de groupe.	1	2 3	4 5	6	_____
50. Fait attention aux enfants plus jeunes.	1	2 3	4 5	6	_____
51. Demeure calme lorsqu'il y a des conflits dans le groupe.	1	2 3	4 5	6	_____
52. Initie ou propose des jeux aux enfants.	1	2 3	4 5	6	_____
53. Tient compte de l'autre ou s'excuse spontanément après avoir fait une bêtise.	1	2 3	4 5	6	_____
54. Rend les activités de jeu compétitives.	1	2 3	4 5	6	_____
55. Aide spontanément à ramasser des objets qu'un enfant a échappés.	1	2 3	4 5	6	_____
56. Exprime du plaisir à jouer avec des enfants.	1	2 3	4 5	6	_____
57. Passe inaperçu dans un groupe.	1	2 3	4 5	6	_____
58. Travaille facilement dans un groupe.	1	2 3	4 5	6	_____
59. Exprime du plaisir à faire mal aux enfants.	1	2 3	4 5	6	_____
60. Prend soin des jouets.	1	2 3	4 5	6	_____

Voici une liste de comportements que vous pouvez observer lorsque l'enfant est en interaction avec un adulte (parent, éducateur...). Nous vous demandons de coter la fréquence de ce comportement chez l'enfant observé selon le continuum suivant: Ce comportement est-il **JAMAIS** présent (1), **A L'OCCASION** (2 ou 3), **SOUVENT** (4 ou 5) ou **TOUJOURS** (6) présent? Si vous jugez qu'il est impossible d'évaluer le comportement énoncé, nous vous demandons pour ces rares cas de faire une croix sous **NE PEUX PAS ÉVALUER**.

	Jamais	Occasionnel	Souvent	Toujours	Ne peux pas évaluer
61. Se remet rapidement lorsqu'il se frappe ou tombe (ne pleure pas longtemps).	1	2 3	4 5	6	_____
62. Frappe l'éducateur ou détruit des choses lorsqu'il est en colère contre lui.	1	2 3	4 5	6	_____
63. Aide à accomplir des tâches régulières (comme distribuer la collation).	1	2 3	4 5	6	_____
64. Persistant à résoudre lui-même les problèmes.	1	2 3	4 5	6	_____
65. Est sans égard pour l'éducateur.	1	2 3	4 5	6	_____
66. Accepte de faire des compromis si on lui en explique les raisons.	1	2 3	4 5	6	_____
67. Clair et direct quand il veut quelque chose.	1	2 3	4 5	6	_____
68. Arrête rapidement de parler lorsqu'on le lui demande.	1	2 3	4 5	6	_____
69. A besoin de la présence d'un éducateur pour bien fonctionner.	1	2 3	4 5	6	_____
70. Demande l'aide de l'éducateur même si elle n'est pas nécessaire.	1	2 3	4 5	6	_____
71. S'oppose à ce que l'éducateur suggère.	1	2 3	4 5	6	_____
72. Pleure sans raison apparente.	1	2 3	4 5	6	_____
73. Est autonome, s'organise par lui-même.	1	2 3	4 5	6	_____

 NOM DE L'ENFANT

	Jamais	Occasionnel	Souvent	Toujours	Ne peux pas évaluer
74. Défie l'éducateur (tient tête) lorsqu'il est réprimandé.	1	2 3	4 5	6	_____
75. S'accroche à l'éducateur dans les situations nouvelles (ex.: sortie).	1	2 3	4 5	6	_____
76. Prend l'initiative dans les situations avec de nouvelles personnes.	1	2 3	4 5	6	_____
77. Ignore les consignes et poursuit son activité.	1	2 3	4 5	6	_____
78. Accepte que l'éducateur s'intègre dans son jeu ou son activité.	1	2 3	4 5	6	_____
79. Pleure suite au départ du parent.	1	2 3	4 5	6	_____
80. Demande la permission lorsque cela est nécessaire.	1	2 3	4 5	6	_____

Appendice B

Q-Sort: Énoncés et feuille réponse

Les items du Q-Sort

1. Craint toujours les jouets mécaniques qui bougent ou les animaux.
2. Désireux de montrer les chansons, les jeux ou autres comportements appris.
3. Ce qui prédomine chez lui, c'est sa bonne humeur.
4. Facilement consolé par moi.
5. S'approche de moi pour communiquer, peu d'interaction s'établit à distance.
6. Préfère les tâches et les activités faciles ignore ou évite les activités difficiles.
7. Souvent ne réalise pas mes changements de localisation ou d'activité.
8. Rit facilement avec un étranger.
9. Ne babille pas ou ne parle pas lorsqu'il joue seul.
10. Évite ou rejette les nouveaux venus.
11. Ne reconnaît pas ma détresse (i.e. peine, pleurs, colère).
12. Les séquences d'exploration et de jeux loin de moi durent peu de temps.
13. S'ennuie rapidement, dans un jeu ou dans une interaction sociale.
14. N'accepte pas les marques d'affection que je prodigue aux autres.
15. Préfère les adultes féminins, aux adultes masculins.
16. Mes évaluations négatives ou ma désapprobation le bouleversent.
17. Ne partage pas volontiers (nourriture, jouets ou autres objets).
18. Sollicite activement le réconfort chez moi quand il est en détresse.
19. Explore les objets à fond.
20. Devient perturbé une fois que j'ai quitté la pièce, même à la maison.

21. Reste indifférent à l'invitation d'un étranger pour jouer.
22. Se laisse facilement distraire de sa détresse.
23. Fait preuve d'endurance: ne se fatigue pas facilement.
24. Les cycles proximité-exploration-proximité sont repérables en-dedans d'une demi à une heure.
25. Exprime facilement et spontanément ses émotions.
26. Ne pleure pas fort et longtemps suite à une blessure mineure.
27. Est soigneux avec les jouets et les animaux domestiques.
28. Est incapable de s'adapter lorsqu'il doit passer d'une activité à une autre.
29. Pleure pour empêcher que je me sépare de lui.
30. Est sensible à ma détresse; offre spontanément aide ou réconfort.
31. Quand il ressent du malaise face aux autres et aux objets, il ne se tourne pas vers moi pour être rassuré.
32. Initie l'interaction avec les adultes qui lui sont familiers.
33. Pour être de très bonne humeur il doit être avec moi.
34. Ne cherche pas à s'approcher de moi ou à me suivre lorsque je le quitte.
35. Préfère mon réconfort.
36. Viens me saluer spontanément durant la journée.
37. Est exigeant et impatient envers moi.
38. Conscient de l'environnement social.
39. Devant un acte qui lui a déjà été défendu, il va hésiter ou s'abstiendra de le faire.
40. Agit de façon à maintenir une interaction sociale.

41. Pour se faire comprendre de l'adulte, l'enfant utilise différents signes ou mots.
42. Est indépendant avec la plupart des adultes.
43. Lorsqu'il joue ou explore à la maison, il lui arrive souvent de venir spontanément vers moi.
44. Ne sollicite pas de contacts physiques avec les adultes qui ne sont pas de la famille ou n'y prend pas plaisir.
45. Sollicite activement mon aide après avoir subi une légère blessure.
46. Le contrôle de la motricité n'est ni souple ni coordonné.
47. Interagit directement avec les adultes, même si les objets sont le centre d'intérêt.
48. Manque de confiance en soi.
49. Préfère les jeux réalistes (comme cela se passe dans la vraie vie).
50. Se comporte d'une façon protectrice ou <<parentale>> avec les jouets durant le jeu.
51. Même dans un contexte familial n'accepte pas que je le rassure lorsqu'il est insécure.
52. Le passage de l'exploration à la proximité et au contact avec moi ne s'effectue pas facilement.
53. Ne sollicite pas ou ne tire pas plaisir de contact physique affectueux avec moi.
54. S'attend à ce que je reste indifférent à ses demandes.
55. Pleure lorsque je me sépare de lui.
56. Ne fait pas de gestes de tensions lorsqu'il est inquiet (i.e. sucer son pouce).
57. Son niveau d'activité physique est généralement élevé.
58. N'est pas obéissant envers moi.
59. Est plus attiré par la nouveauté que par ce qui est familier.
60. A un sommeil régulier.

61. N'est pas plus audacieux ou plus confiant lorsqu'il joue proche de moi
62. Est perturbé quand l'interaction sociale est bloquée ou devient difficile.
63. Est perturbé quand je le quitte.
64. Ne sollicite pas le contact avec moi ou n'y prend pas plaisir.
65. Il est plus orienté vers les objets que les personnes.
66. Ne persiste pas lorsqu'un jeu non-social est difficile.
67. A un sommeil léger.
68. Le passage de la proximité et du contact à l'exploration ne s'effectue pas facilement.
69. Est indépendant envers moi.
70. Indirect et hésitant dans ses remarques ou ses demandes.
71. Préfère les poupées ou animaux en peluche aux blocs, autos, livres.
72. Quand il se retrouve dans un lieu non-familier il ne reste pas plus proche de moi.
73. Accepte que je l'aide.
74. Est dépendant et exige beaucoup de moi dans ses activités.
75. Pleure souvent.
76. Exprime du plaisir à accomplir des choses ou à atteindre son but.
77. Des échanges affectifs ont lieu durant le jeu (sourires, vocalisations).
78. Ne se remet pas à pleurer spontanément après avoir déjà pleuré et avoir été apaisé.
79. Imiter les étrangers.
80. Est plus tolérant face aux séparations qu'il a initiées que face à celle initiées par moi.

81. Est créatif dans le jeu.
82. Se fâche facilement contre moi.
83. Récupère lentement suite à une blessure mineure.
84. Dans ses jeux physiques, il n'essaie pas d'éviter de me faire mal.
85. A besoin d'encouragements pour se tenir occupé de façon constructive.
86. Dans un contexte non-familier, n'accepte pas que je le rassure lorsqu'il est insécure.
87. Ne rit pas facilement avec moi.
88. M'imité souvent.
89. Les cycles proximité-exploration-proximité sont repérables en-dedans de 3 à 5 heures.
90. Montre des signes de maîtrise de soi.
91. Me demande rarement de l'aide.
92. Ne se fâche pas contre les jouets.
93. Accepte que je donne mon attention aux autres.
94. Dans des lieux non-familiers, il revient souvent spontanément après une période d'exploration et de jeu.
95. Il n'est pas facile à comprendre quand il fait des remarques ou des demandes.
96. Est obéissant envers moi.
97. Ne se méfie pas devant de nouveaux objets.
98. Ne préfère pas mon contact physique à celui des autres.
99. La manipulation au niveau de la motricité fine est malhabile.
100. Ne combine pas plusieurs objets en jouant.

Feuille réponse du Q-Sort

	Extrêmement	
	typique (5 Cartes)	_____
TYPIQUE	Très typique	
(25 cartes)	(8 cartes)	_____
	Assez typique	
	(12 cartes)	_____
	Un peu typique	_____
	(16 cartes)	_____
NEUTRE	Ne s'applique pas	_____
(50 cartes)	(18 cartes)	_____
	Un peu typique	_____
	(16 cartes)	_____
	Assez typique	
	(12 cartes)	_____
ATYPIQUE	Très atypique	
(25 cartes)	(8 cartes)	_____
	Extrêmement	
	atypique (5 cartes)	_____

Appendice C

ISP: Index de stress parental

INDEX DE STRESS PARENTAL

Veillez inscrire jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec les énoncés suivants, en choisissant le numéro qui correspond le mieux à ce que vous ressentez. Si vous êtes incertain(e), veuillez choisir le numéro 3.

Exemple

1	2	3	4	5
Profondément d'accord	D'accord	Pas Certain	En Désaccord	En profond désaccord

5. Mon enfant s'amuse souvent avec un jouet pendant plus de dix minutes. 2

signifie que vous êtes d'accord avec la description de votre enfant.

ATTENTION:

Certaines questions se présentent de façon différente. Le choix du haut de la page ne s'applique pas dans ces cas et vous devez alors répondre par le chiffre qui identifie la description qui correspond le mieux à votre perception

Exemple

15. Quelle formulation décrit le mieux votre enfant: (**Attention:** pour cette question, n'indiquez que le chiffre qui identifie la description qui correspond le mieux à votre opinion)

- | | | |
|---|--|----------|
| 1 | il (elle) aime presque toujours jouer avec moi | |
| 2 | il (elle) aime quelquefois jouer avec moi | <u>1</u> |
| 3 | habituellement il (elle) n'aime pas jouer avec moi | |
| 4 | il (elle) n'aime presque jamais jouer avec moi | |

signifie que votre enfant , aime presque toujours jouer avec vous

1 Profondément d'accord	2 D'accord	3 pas certain	4 en désaccord	5 En profond désaccord
1.	Lorsque mon enfant veut quelque chose, habituellement, il persiste pour obtenir ce qu'il (elle) veut.			_____
2.	Mon enfant est tellement actif que cela m'épuise.			_____
3.	Mon enfant semble être désorganisé et est facilement distrait.			_____
4.	En comparaison avec la plupart des enfants, le mien éprouve plus de difficulté à se concentrer et à rester attentif.			_____
5.	Mon enfant s'amuse souvent avec un jouet pendant plus de dix minutes.			_____
6.	Mon enfant flâne beaucoup plus que je m'y attendais.			_____
7.	Mon enfant est beaucoup plus attentif que je m'y attendais.			_____
8.	Mon enfant se débat beaucoup et donne de nombreux coups de pied lorsque je viens pour l'habiller ou lui donner son bain.			_____
9.	Quand mon enfant désire quelque chose, on peut facilement l'en distraire.			_____
10.	Mon enfant fait rarement des choses qui me font plaisir.			_____
11.	La plupart du temps, j'ai l'impression que mon enfant m'aime et qu'il veut être près de moi.			_____
12.	Quelquefois, j'ai l'impression que mon enfant ne m'aime pas et qu'il ne veut pas être près de moi.			_____
13.	Mon enfant me sourit beaucoup moins que je m'y attendais.			_____
14.	Lorsque je fais quelque chose pour mon enfant, il me semble que mes efforts ne sont pas très appréciés.			_____

1	2	3	4	5
Profondément d'accord	D'accord	pas certain	en désaccord	En profond désaccord

15. Quelle formulation décrit le mieux votre enfant: (**Attention:** pour cette question, n'indiquez que le chiffre qui identifie la description qui correspond le mieux à votre opinion)

- 1 il (elle) aime presque toujours jouer avec moi
- 2 il (elle) aime quelquefois jouer avec moi
- 3 habituellement il (elle) n'aime pas jouer avec moi
- 4 il (elle) n'aime presque jamais jouer avec moi

16. Mon enfant pleure et s'agite: (**Attention:** pour cette question, n'indiquez que le chiffre qui identifie la description qui correspond le mieux à votre opinion)

- 1 beaucoup moins que je m'y attendais
- 2 moins que je m'y attendais
- 3 à peu près comme je m'y attendais
- 4 beaucoup plus que je m'y attendais
- 5 cela me semble presque continu

17. Mon enfant semble pleurer ou s'agiter plus souvent que la plupart des enfants.

18. Lorsque mon enfant joue, il ne rit pas souvent.

19. En général, mon enfant se réveille de mauvaise humeur.

20. J'ai l'impression que mon enfant possède un caractère instable et qu'il se fâche facilement.

21. L'apparence de mon enfant n'est pas tout à fait comme je m'y attendais et cela m'ennuie quelquefois.

22. Dans certains domaines mon enfant semble avoir oublié certaines choses déjà apprises et a régressé comme un enfant plus jeune.

23. Mon enfant ne semble pas apprendre aussi rapidement que la plupart des autres enfants.

1 Profondément d'accord	2 D'accord	3 pas certain	4 en désaccord	5 En profond désaccord
24.	Mon enfant ne semble pas sourire autant que la plupart des autres enfants.			_____
25.	Mon enfant fait certaines choses qui me dérangent beaucoup			_____
26.	Mon enfant n'a pas autant de capacités que je m'y attendais.			_____
27.	Mon enfant n'aime pas beaucoup être caressé ou touché.			_____
28.	Lorsque mon enfant a quitté l'hôpital et qu'il est arrivé à la maison, j'avais des doutes en ce qui concerne mes compétences à titre de parent.			_____
29.	Être un parent est plus difficile que je croyais.			_____
30.	Je me trouve compétent(e) et maître de la situation lorsque je m'occupe de mon enfant.			_____
31.	Comparativement à la moyenne des enfants, le mien a de nombreuses difficultés à s'habituer aux changements d'horaire ou aux modifications à la maison.			_____
32.	Mon enfant réagit vivement lorsqu'il se produit quelque chose qu'il n'aime pas.			_____
33.	Laisser mon enfant à une gardienne est habituellement un problème.			_____
34.	Mon enfant s'emporte facilement pour de petites choses.			_____
35.	Mon enfant remarque facilement et réagit avec excès aux sons forts et aux lumières éclatantes.			_____
36.	L'horaire de sommeil ou de repas a été plus difficile à établir que je croyais.			_____
37.	Habituellement, mon enfant évite un nouveau jouet pendant un certain temps avant de commencer à jouer avec.			_____
38.	Mon enfant s'habitue à de nouvelles choses difficilement et seulement après une longue période.			_____
39.	Mon enfant ne semble pas être à l'aise lorsqu'il rencontre des étrangers.			_____

1 Profondément d'accord	2 D'accord	3 pas certain	4 en désaccord	5 En profond désaccord
-------------------------------	---------------	------------------	-------------------	------------------------------

40. Lorsque mon enfant est contrarié, il est: (**Attention:** pour cette question, n'indiquez que le chiffre qui identifie la description qui correspond le mieux à votre opinion)

- 1 facile à calmer
- 2 plus difficile à calmer que je croyais
- 4 très difficile à calmer
- 5 impossible à calmer

41. J'en suis arrivé(e) à croire que d'amener mon enfant à faire quelque chose ou de cesser de faire quelque chose est: (**Attention:** pour cette question, n'indiquez que le chiffre qui identifie la description qui correspond le mieux à votre opinion)

- 1 beaucoup plus difficile que je m'y attendais
- 2 un peu plus difficile que je m'y attendais
- 3 aussi difficile que je m'y attendais
- 4 un peu plus facile que je m'y attendais
- 5 beaucoup plus facile que je m'y attendais

	1 Profondément d'accord	2 D'accord	3 pas certain	4 en désaccord	5 En profond désaccord
42. Réfléchissez bien et comptez le nombre de choses que fait votre enfant qui vous dérangent. Par exemple: flâner, refuser d'écouter, réagir avec excès, pleurer, couper la parole, se battre, pleurnicher, etc. Veuillez choisir le chiffre qui correspond à ce que vous avez calculé. (Attention: pour cette question, n'indiquez que le chiffre qui identifie la description qui correspond le mieux à votre opinion)					
1 1-3 choses					
2 4-5 choses					
3 6-7 choses					
4 8-9 choses					
5 10 choses ou plus					
43. Lorsque mon enfant pleure, cela dure habituellement: (Attention: pour cette question, n'indiquez que le chiffre qui identifie la description qui correspond le mieux à votre opinion)					
1 moins de 2 minutes					
2 entre 2 et 5 minutes					
3 entre 5 et 10 minutes					
4 entre 10 et 15 minutes					
5 plus de 15 minutes					
44. Il y a certaines choses que mon enfant fait et qui me dérangent vraiment beaucoup.					
45. Mon enfant a connu plus de problèmes de santé que je m'y attendais.					
46. Au fur et à mesure que mon enfant grandissait et qu'il (elle) devenait plus indépendant(e), j'étais inquiet(e) qu'il (elle) ne se blesse ou qu'il(elle) se trouve en difficulté.					
47. Mon enfant est devenu(e) plus problématique que je m'y attendais.					

	1 Profondément d'accord	2 D'accord	3 pas certain	4 en désaccord	5 En profon désaccord
48. Il semble être plus difficile de prendre soin de mon enfant que la plupart des enfants.					_____
49. Mon enfant est toujours en train de s'accrocher à moi.					_____
50. Mon enfant exige plus de moi que la plupart des enfants.					_____
51. Je ne peux pas prendre de décisions sans demander conseil.					_____
52. J'ai eu beaucoup plus de difficulté à élever mes enfants que je m'y attendais					_____
53. J'aime être un parent.					_____
54. J'ai le sentiment que je réussis la plupart du temps lorsque je demande à mon enfant de faire ou de ne pas faire quelque chose.					_____
55. Depuis que mon enfant est sorti(e) de l'hôpital, j'en ai déduit que je n'étais pas capable de prendre soin de cet enfant aussi bien que je le croyais. J'ai besoin d'aide.					_____
56. J'ai souvent l'impression que je ne peux pas très bien m'occuper des tâches quotidiennes.					_____
57. Lorsque je me considère à titre de parent, je crois: (Attention: pour cette question, n'indiquez que le chiffre qui identifie la description qui correspond le mieux à votre opinion)					
1 être capable de m'occuper de n'importe quoi qui peut se produire					
2 être capable de m'occuper de la plupart des choses assez bien					
3 avoir des doutes parfois mais j'estime être capable de mener à bien la plupart des choses sans aucun problème					_____
4 avoir certains doutes en ce qui concerne ma capacité de mener à bien des choses					
5 ne pas être du tout capable de mener à bien des choses					

1	2	3	4	5
Profondément d'accord	D'accord	pas certain	en désaccord	En profond désaccord

58. Je considère être: (**Attention:** pour cette question, n'indiquez que le chiffre qui identifie la description qui correspond le mieux à votre opinion)

- 1 un très bon parent
- 2 un meilleur parent que la moyenne
- 3 un aussi bon parent que la moyenne
- 4 une personne qui éprouve certaines difficultés à être parent
- 5 pas très bon(ne) dans le rôle de parent

59. Quels sont les plus hauts niveaux de scolarité que vous ayez atteints?

mère (**Attention:** pour cette question, n'indiquez que le chiffre qui identifie la description qui correspond le mieux à votre opinion)

- 1 études primaires
- 2 études secondaires
- 3 diplôme d'études collégiales ou professionnelles
- 4 diplôme d'études universitaires
- 5 maîtrise ou doctorat

60. père (**Attention:** pour cette question, n'indiquez que le chiffre qui identifie la description qui correspond le mieux à votre opinion)

- 1 études primaires
- 2 études secondaires
- 3 diplôme d'études collégiales ou professionnelles
- 4 diplôme d'études universitaires
- 5 maîtrise ou doctorat

1 Profondément d'accord	2 D'accord	3 pas certain	4 en désaccord	5 En profond désaccord
<hr/>				
61.	À quel point est-il facile pour vous de comprendre les demandes ou les besoins de votre enfant? (Attention: pour cette question, n'indiquez que le chiffre qui identifie la description qui correspond le mieux à votre opinion)			
1	très facile			
2	facile			
3	un peu difficile			_____
4	très difficile			
5	habituellement je ne peux pas arriver à comprendre quel est le problème			
62.	Cela prend beaucoup de temps aux parents avant de créer des rapports étroits et chaleureux avec leurs enfants.			

63.	Je m'attendais à avoir des rapports plus étroits et plus chaleureux avec mon enfant que ceux que j'ai présentement, et cela m'ennuie.			

64.	Quelquefois mon enfant fait des choses qui me dérangent, juste pour être méchant.			

65.	Lorsque j'étais plus jeune, je ne me suis jamais senti(e) à l'aise de tenir un enfant dans mes bras ou d'en prendre soin.			

66.	Mon enfant sait que je suis sa mère (son père) et désire plus ma présence que celle de n'importe qui d'autre.			

67.	Le nombre d'enfants que j'ai présentement est trop élevé.			

68.	Je passe la majeure partie de ma vie à faire des choses pour mon enfant.			

69.	J'ai conclu que je sacrifie la majeure partie de ma vie à répondre aux besoins de mes enfants, plus que je n'aurais jamais cru.			

70.	Je me sens très coincé(e) par mes responsabilités de parent.			

71.	J'ai souvent l'impression que les besoins de mon enfant contrôlent ma vie.			

72.	Depuis que j'ai eu mon premier enfant, j'ai été dans l'impossibilité de faire des choses nouvelles et différentes.			

1 Profondément d'accord	2 D'accord	3 pas certain	4 en désaccord	5 En profond désaccord
73.	Depuis la naissance de mon premier enfant, j'ai l'impression que ce n'est que très rarement que je peux faire les choses que j'aime.			_____
74.	Il est difficile de trouver un endroit à la maison où je puisse être seul(e).			_____
75.	Lorsque je pense à quelle sorte de parent je suis, je me sens souvent coupable ou mal à l'aise.			_____
76.	Je suis mécontent(e) du dernier vêtement que je me suis acheté(e)			_____
77.	Lorsque mon enfant ne se conduit pas bien ou qu'il s'agit trop je me sens responsable, comme si j'avais fait quelque chose d'incorrect.			_____
78.	J'ai l'impression qu'à chaque fois que mon enfant fait quelque chose d'incorrect, c'est de ma faute.			_____
79.	J'ai souvent des remords causés par les sentiments que j'éprouve envers mon enfant.			_____
80.	Il y a un bon nombre de choses qui m'ennuient en ce qui concerne ma vie.			_____
81.	J'étais plus triste et plus dépressif(ve) que j'avais prévu après que mon bébé ait quitté l'hôpital après sa naissance.			_____
82.	Je me sens coupable lorsque je me mets en colère contre mon enfant et cela me tracasse.			_____
83.	Un mois environ après la naissance de mon bébé, j'ai remarqué que je me sentais plus triste et plus dépressif(ve) que je m'y attendais.			_____
84.	Depuis que nous avons eu notre enfant, mon conjoint (ma conjointe) (ou ami/e). ne m'a pas fourni autant d'aide et de support que je m'y attendais.			_____
85.	La naissance de mon enfant m'a causé plus de problèmes que j'avais prévus dans ma relation avec mon conjoint (ma conjointe) (ou ami/e).			_____
86.	Depuis la naissance de l'enfant, mon conjoint (ou ami(e)) et moi ne faisons plus autant de choses ensemble.			_____

1 Profondément d'accord	2 D'accord	3 pas certain	4 en désaccord	5 En profond désaccord
87.	Depuis la naissance de l'enfant, mon conjoint (ma conjointe) (ou ami/e). et moi ne passons plus autant de temps en famille que j'avais prévu.			_____
88.	Depuis la naissance de mon enfant, j'ai moins d'intérêt pour des rapports sexuels.			_____
89.	La naissance de notre enfant semble avoir augmenté le nombre de problèmes que nous avons avec mes parents et mes beaux-parents.			_____
90.	Avoir des enfants est beaucoup plus coûteux que j'avais prévu.			_____
91.	Je me sens seul(e) et sans ami(e)s.			_____
92.	Lorsque je vais à une soirée, habituellement je ne m'attends pas à avoir du plaisir.			_____
93.	Je ne suis plus autant intéressé(e) aux gens comme j'avais l'habitude de l'être.			_____
94.	J'ai souvent l'impression que les personnes de mon âge n'aiment pas particulièrement ma compagnie.			_____
95.	Lorsque je me heurte à un problème en prenant soin de mes enfants, il y a un bon nombre de gens à qui je peux m'adresser pour avoir de l'aide ou un conseil.			_____
96.	Depuis la naissance de mes enfants, j'ai beaucoup moins l'occasion de rencontrer mes amis et de m'en faire de nouveaux.			_____
97.	Au cours des six derniers mois, j'ai été plus malade qu'à l'habitude ou j'ai eu plus de malaises et de douleurs que j'en ai normalement.			_____
98.	Physiquement, je me sens bien la plupart du temps.			_____
99.	La naissance de l'enfant a provoqué des changements dans mon sommeil.			_____
100.	Je n'ai plus autant de plaisir qu'auparavant.			_____

1	2	3	4	5
Profondément d'accord	D'accord	pas certain	en désaccord	En profond désaccord

101. Depuis l'arrivée de mon enfant: (**Attention:** pour cette question, n'indiquez que le chiffre qui identifie la description qui correspond le mieux à votre opinion)

1 j'ai beaucoup été malade

2 je ne me suis pas senti(e) aussi bien qu'à l'habitude

3 je n'ai remarqué aucun changement pour ce qui est de ma santé

4 je ne me suis jamais senti(e) aussi bien

102. Statut conjugal de la mère.

1 mariée

2 séparée

3 veuve

4 divorcée

5 célibataire

103. Age de la mère.

1 24 ans et moins

2 25-29 ans

3 30-34 ans

4 35-39 an

5 40 ans et plus

104. Age du père.

1 24 ans et moins

2 25-29 ans

3 30-34 ans

4 35-39 an

5 40 ans et plus

105. Nombre d'enfants

1	2	3	4	5
Profondément d'accord	D'accord	pas certain	en désaccord	En profond désaccord
106.	Statut d'emploi de la mère.			
1	sans emploi			
2	emploi à temps partiel			
3	emploi à temps plein			_____
107.	Statut d'emploi du père			
1	sans emploi			
2	emploi à temps partiel			
3	emploi à temps plein			_____
108.	Le rang de l'enfant dans la famille			_____
109.	L'âge de l'enfant .			_____
110.	Le sexe de l'enfant.			
1	garçon			
2	filles			_____
111	Travail du père (fonction et lieu de travail). Exemple: technicien de laboratoire, hôpital			

112	Travail de la mère (fonction et lieu de travail). Exemple: technicienne de laboratoire, hôpital			

Appendice D

QSS6: Questionnaire de soutien social

DIRECTIVES

Le but de ce questionnaire est de déterminer s'il y a, dans votre entourage, des personnes qui peuvent vous aider ou vous supporter, si vous en avez besoin. Chacune des questions comprend deux parties (A et B). Dans la partie A, nous vous demandons d'indiquer si dans certaines situations, vous connaissez des personnes qui peuvent vous aider ou vous supporter. Dans la partie B, nous vous demandons jusqu'à quel point cela vous satisfait.

Si pour une situation donnée, vous ne pouvez recevoir l'aide de personne, faites un crochet (✓) à côté du mot "Personne" (partie A) et indiquez jusqu'à quel point cela vous satisfait (partie B).

Vous pouvez être assuré(e) de l'entière confidentialité de vos réponses. Veuillez répondre de votre mieux à toutes les questions.

EXEMPLE

L'exemple qui suit vous aidera à mieux comprendre les directives. Vous n'avez pas à y répondre.

Question: sur qui pouvez-vous compter pour lui dire tout ce que vous pensez?

- a) S'il y a une ou plusieurs personnes (n'en indiquez pas plus que neuf) sur qui vous pouvez compter, inscrivez leur prénom ou leurs initiales et précisez de qui il s'agit (père, mère, ami, etc.). Par exemple:

1. <u>T.N.</u> <u>(frère)</u>	4. <u>T.N.</u> <u>(père)</u>	7. _____
2. <u>L.M.</u> <u>(amie)</u>	5. <u>L.M.</u> <u>(employeur)</u>	8. _____
3. <u>R.S.</u> <u>(ami)</u>	6. _____	9. _____

Personne _____

Si la réponse de cet exemple avait été qu'il n'y a personne sur qui vous pouvez compter, vous auriez fait un crochet (✓) à côté du mot "personne".

- b) Indiquez jusqu'à quel point, de façon générale, le support que vous recevez de cette (ces) personne(s) vous satisfait, en encerclant le chiffre correspondant. Par exemple:

+3	+2	<u>+1</u>	-1	-2	-3
Très	Moyennement	Plutôt	Plutôt	Moyennement	Très
satisfait(e)	satisfait(e)	satisfait(e)	insatisfait(e)	insatisfait(e)	insatisfait(e)

Vous pouvez maintenant commencer à répondre au questionnaire.

DÉBUT DES QUESTIONS

1. Sur qui pouvez compter quand vous avez besoin d'aide?

A) Indiquez le prénom ou les initiales et de qui il s'agit..

1. _____	_____	4. _____	_____	7. _____	_____
2. _____	_____	5. _____	_____	8. _____	_____
3. _____	_____	6. _____	_____	9. _____	_____

Personne _____

b) Indiquez jusqu'à quel point, de façon générale, le support que vous recevez de cette (ces) personne(s) vous satisfait.

+3	+2	+1	-1	-2	-3
Très	Moyennement	Plutôt	Plutôt	Moyennement	Très
satisfait(e)	satisfait(e)	satisfait(e)	insatisfait(e)	insatisfait(e)	insatisfait(e)

2. Sur qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous détendre quand vous êtes tendu(e) ou quand vous faites face à des difficultés?

A) Indiquez le prénom ou les initiales et de qui il s'agit..

1. _____	_____	4. _____	_____	7. _____	_____
2. _____	_____	5. _____	_____	8. _____	_____
3. _____	_____	6. _____	_____	9. _____	_____

Personne _____

b) Indiquez jusqu'à quel point, de façon générale, le support que vous recevez de cette (ces) personne(s) vous satisfait.

+3	+2	+1	-1	-2	-3
Très	Moyennement	Plutôt	Plutôt	Moyennement	Très
satisfait(e)	satisfait(e)	satisfait(e)	insatisfait(e)	insatisfait(e)	insatisfait(e)

3. Qui vous accepte totalement avec vos bons et vos mauvais côtés?

A) Indiquez le prénom ou les initiales et de qui il s'agit..

1. _____	_____	4. _____	_____	7. _____	_____
2. _____	_____	5. _____	_____	8. _____	_____
3. _____	_____	6. _____	_____	9. _____	_____

Personne _____

- b) Indiquez jusqu'à quel point, de façon générale, le support que vous recevez de cette (ces) personne(s) vous satisfait.

+3	+2	+1	-1	-2	-3
Très	Moyennement	Plutôt	Plutôt	Moyennement	Très
satisfait(e)	satisfait(e)	satisfait(e)	insatisfait(e)	insatisfait(e)	insatisfait(e)

4. Est-ce qu'il y a quelqu'un qui vous aime toujours quoiqu'il arrive?

A) Indiquez le prénom ou les initiales et de qui il s'agit..

1. _____	4. _____	7. _____
2. _____	5. _____	8. _____
3. _____	6. _____	9. _____

Personne _____

- b) Indiquez jusqu'à quel point, de façon générale, le support que vous recevez de cette (ces) personne(s) vous satisfait.

+3	+2	+1	-1	-2	-3
Très	Moyennement	Plutôt	Plutôt	Moyennement	Très
satisfait(e)	satisfait(e)	satisfait(e)	insatisfait(e)	insatisfait(e)	insatisfait(e)

5. Sur qui pouvez-vous réellement compter quand vous avez l'impression que vous n'en pouvez plus?

A) Indiquez le prénom ou les initiales et de qui il s'agit..

1. _____	4. _____	7. _____
2. _____	5. _____	8. _____
3. _____	6. _____	9. _____

Personne _____

- b) Indiquez jusqu'à quel point, de façon générale, le support que vous recevez de cette (ces) personne(s) vous satisfait.

+3	+2	+1	-1	-2	-3
Très	Moyennement	Plutôt	Plutôt	Moyennement	Très
satisfait(e)	satisfait(e)	satisfait(e)	insatisfait(e)	insatisfait(e)	insatisfait(e)

6. Sur qui pouvez-vous compter pour vous consoler quand vous êtes bouleversé(e) ou que vous avez beaucoup de peine?

A) Indiquez le prénom ou les initiales et de qui il s'agit...

1. _____	_____	4. _____	_____	7. _____	_____
2. _____	_____	5. _____	_____	8. _____	_____
3. _____	_____	6. _____	_____	9. _____	_____

Personne _____

b) Indiquez jusqu'à quel point, de façon générale, le support que vous recevez de cette (ces) personne(s) vous satisfait.

+3	+2	+1	-1	-2	-3
Très	Moyennement	Plutôt	Plutôt	Moyennement	Très
satisfait(e)	satisfait(e)	satisfait(e)	insatisfait(e)	insatisfait(e)	insatisfait(e)

Appendice E

Score des sujets en fonction des questionnaires:

PSA, Q-Sort, ISP et QSS6

Sujet	PSA	Q-Sort	ISP		QSS6	
	Intériorisation	Sécurité	Domaine		Quantité	Qualité
001	1.80	.49	131	111	4.67	6.00
002	2.08	.26	133	119	3.74	4.70
003	1.56	.50	123	89	1.59	4.67
004	1.52	.62	135	106	3.04	5.26
005	2.34	.69	110	79	1.93	4.19
006	2.84	.28	193	135	.82	1.74
007	2.08	.56	86	76	3.30	5.78
008	1.92	.50	155	111	3.30	5.85
009	2.64	.37	109	111	4.04	5.56
010	1.84	.55	130	83	1.00	1.11
011	1.80	.71	107	88	5.33	5.89
012	2.36	.30	91	118	3.11	6.00
013	2.48	.31	119	106	2.82	4.00
014	2.32	.52	91	101	2.44	6.00
015	1.48	.60	153	136	1.48	2.70
016	1.92	.52	105	100	2.19	4.26
017	1.44	.55	153	103	3.15	5.82
018	2.24	.53	106	79	2.82	4.41
019	1.68	.54	132	113	1.85	5.78
020	1.56	.31	109	79	3.33	5.52
021	1.88	.30	127	114	3.44	5.78
022	1.88	.45	100	85	2.30	1.85
023	1.96	.69	87	84	6.15	5.82
024	1.56	.49	144	117	1.74	5.33
025	3.52	.66	120	105	2.41	5.19
026	1.56	.64	105	73	3.26	5.70
027	2.16	.64	97	77	4.63	4.52
028	3.16	.55	131	101	3.22	4.70
029	1.40	.67	135	91	4.00	5.30
030	2.12	.45	100	95	4.04	4.67

Sujet	PSA	Q-Sort	ISP		QSS6	
			Domaine		Quantité	Qualité
	Intériorisation	Sécurité	Mère	Enfant		
031	1.56	.68	126	95	3.30	2.67
032	1.36	.52	139	92	2.74	5.78
033	1.64	.51	160	105	3.56	5.33
034	2.36	.60	162	101	.41	2.89
035	1.72	.17	182	132	2.22	4.63
036	2.16	.50	138	113	1.11	3.78
037	1.64	.63	113	72	2.52	6.00
038	1.48	.52	114	96	2.63	5.41
039	2.20	.53	148	118	5.17	5.67
040	2.00	.49	133	104	4.60	6.00
041	2.60	.42	97	77	8.00	5.00
042	2.28	.55	134	101	3.17	5.83
043	2.20	.44	108	90	5.00	5.83
044	1.52	.49	139	110	3.83	4.83
045	1.64	.56	112	102	3.83	4.83
046	1.48	.52	134	96	1.33	4.00
047	2.19	.71	129	97	2.83	3.83
048	1.28	.55	107	85	1.67	5.5
049	1.48	.63	78	67	3.83	6.00
050	1.72	.34	125	115	2.33	5.83
051	2.44	.52	125	91	2.67	4.83
052	2.88	.45	87	84	5.00	6.00
053	2.28	.61	120	100	1.33	5.20
054	2.28	.50	125	105	6.83	5.17
055	1.56	.64	132	92	2.67	5.67
056	1.60	.50	111	90	5.40	6.00
057	1.16	.55	123	68	3.00	4.00
058	2.16	.62	110	86	2.60	5.67
059	2.36	.55	144	121	3.50	6.00
060	1.52	.20	141	126	3.00	5.33

Sujet	PSA	Q-Sort	ISP		QSS6	
			Domaine		Quantité	Qualité
	Intériorisation	Sécurité	Mère	Enfant		
061	2.16	.51	133	100	5.00	4.50
062	2.20	.57	137	100	2.50	5.83
063	1.52	.74	128	74	5.33	6.00
064	2.40	.69	88	81	---	6.00
065	1.72	.62	121	102	5.17	6.00
066	2.16	.70	102	81	5.00	5.00
067	1.48	.38	174	123	1.17	2.83
068	1.92	.49	148	88	4.50	4.17
069	1.48	.56	130	94	3.83	5.67
070	1.49	.58	120	97	5.00	5.17
071	1.40	.34	94	74	4.20	5.33
072	1.40	.50	100	98	2.33	6.00
073	1.97	.24	131	101	3.00	6.00
074	2.23	.62	107	114	3.67	5.33
075	1.48	.55	119	101	4.00	5.33
076	3.20	.65	121	102	7.00	6.00
077	1.84	.45	137	93	4.67	6.00
078	1.84	.40	106	89	2.83	5.17
079	2.65	.49	90	93	3.00	5.67
080	1.64	.04	172	117	1.67	4.00
081	2.28	.54	139	114	4.17	4.00
082	2.08	.51	124	105	7.50	5.33
083	1.36	.55	133	107	3.00	6.00
084	1.36	.27	108	80	4.25	5.67
085	1.97	.49	93	86	---	6.00
086	2.00	.64	110	99	2.67	5.83
087	2.40	.52	122	100	4.83	5.17
088	2.96	.44	135	91	2.00	4.80
089	2.00	.67	96	68	2.17	5.83
090	1.56	.54	137	96	1.50	4.40

Sujet	PSA	Q-Sort	ISP		QSS6	
			Domaine		Quantité	Qualité
	Intériorisation	Sécurité	Mère	Enfant		
091	3.16	.38	120	102	5.80	6.00
092	1.20	.60	110	70	2.33	5.00
093	2.60	.50	92	80	3.00	6.00
094	1.88	.44	149	135	2.17	5.17
095	1.71	.57	139	103	4.00	4.50
096	1.48	.70	123	102	4.67	5.50
097	2.36	.68	119	78	4.80	6.00
098	2.32	.55	119	81	7.75	5.83
099	1.48	.51	127	81	1.67	6.00
100	3.16	.55	123	92	2.67	6.00
101	1.08	.40	177	119	2.00	4.00
102	2.28	.59	113	99	3.00	4.33
103	1.20	.62	92	98	1.17	6.00
104	1.76	.54	124	97	4.00	5.67
105	1.92	.52	107	96	2.33	5.83
106	2.60	.31	129	91	5.40	4.17
107	2.08	.65	131	111	1.83	5.33
108	2.08	.45	100	86	2.17	5.83
109	1.84	.56	76	74	3.80	6.00
110	2.15	.48	132	98	5.17	5.67
111	1.88	.35	155	140	2.67	5.17
112	1.64	.54	159	104	.83	4.40
113	1.24	.52	126	95	1.33	5.00
114	2.72	.57	140	87	4.67	5.17
115	1.72	.65	125	93	2.50	1.83
116	1.56	.63	109	92	5.67	6.00
117	1.32	.66	103	94	1.50	5.17
118	1.96	.65	133	92	4.20	4.00
119	2.24	.42	124	101	4.50	5.17
120	1.64	.23	128	108	1.00	4.00

Sujet	PSA	Q-Sort	ISP		QSS6	
			Domaine		Quantité	Qualité
	Intériorisation	Sécurité	Mère	Enfant		
121	1.60	.66	107	94	2.17	6.00
122	1.76	.62	121	96	2.67	6.00
123	1.56	.27	126	114	2.17	4.00
124	2.23	.31	109	102	3.67	6.00
125	1.56	.28	132	112	4.67	6.00
126	1.76	.31	173	114	4.67	5.17

Références

- Abidin, R. R. (1986). Parenting stress index (2e éd.). Charlottesville: Pediatric Psychology Press.
- Achenbach, T. M. (1992). Developmental psychopathology. In Bornstein, M. H. & Lamb, M. L. (Éds), Developmental psychology: an advanced textbook (3e éd.) (pp. 629-675). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ainsworth, M. D. S. (1967). Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Ainsworth, M. D. S. (1973). The development of mother-infant attachment. In B.M. Calwell & H.N. Riciutti (Éds), Review of child development research. Chicago: University of Chicago Press.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Waters, E. & Bell, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Arend, R., Gove, F. & Sroufe, L. A. (1979). Continuity of early adaptation: From attachment in infancy to ego-resiliency and curiosity at age five. Child Development, 50, 950-959.
- Asher, S. R. & Parker, J. G. (1989). Significance of peer relationship problems in childhood. In B.H. Schneider, G. Attili, J. Nadel & R.P. Weissberg (Éds), Social competence in developmental perspective (pp.5-23). Dordrecht, Boston and London: Kluwer Academic Publishers.
- Banez, G. A. & Compas, B. E. (1990). Children's and parents' daily stressful events and psychological symptoms. Journal of Abnormal Child Psychology, 18(6), 591-605.
- Barling, J., MacEwen, K. E & Nolte, M. L. (1993). Homemaker role experiences affect toddler behaviors via maternal well-being and parenting behavior. Journal of Abnormal Child Psychology, 21(2), 213-229.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. Developmental Psychology Monograph 4(1, pt. 2).
- Beitchman, J. H., Inglis, A. & Schachter, D. (1992) Child psychiatry and early intervention: II. the internalizing disorders. Canadian Journal of Psychiatry, 37, 234-239.

- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. Child Development, 55, 83-96.
- Belsky, J., Lerner & Spanier (1984). The child in the family. New York: Random House.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss: Attachment (vol.1). London: Hogarth.
- Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: Separation, anxiety and anger (vol.2). London: Hogarth.
- Bowlby, J. (1980). Attachment and loss: Loss, sadness and depression (vol.3). London: Hogarth.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss (vol.1), (2e éd.). New York: Basic Books.
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: retrospect and prospect. In I. Bretherton & E. Waters (Éds), Growing points of attachment theory and research. Monographs of the society for Research in Child development, 50, 3-35.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. Developmental Psychology, 28(5), 759-775.
- Bretherton, I., Ridgeway, D. & Cassidy, J. (1990). Assessing internal working models in the attachment relationship: An attachment story completion task for 3-year-olds. In M.T. Greenberg, D. Cicchetti, E.M. Cummings (Éds), Attachment during the preschool years (pp. 272-308). Chicago: University of Chicago Press.
- Brown, M. A. (1986). Social support, stress, and health: a comparison of expectant mothers and fathers. Nursing Research, 35(2), 72-76.
- Calkins, S. D. & Fox, N. A. (1992). The relations among infant temperament, security of attachment, and behavioral inhibition at twenty-four months. Child Development, 63, 1456-1472.
- Cassidy, J. & Berlin L. J. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment: Theory and research. Child Development, 65, 971-991.

- Cicchetti, D. (1984). The emergence of developmental psychopathology. Child Development, 55, 1-7.
- Cicchetti, D. (1989). Developmental psychopathology: Past, Present, and future. In D. Cicchetti (Éd.), The emergence of a discipline: Rochester symposium on developmental psychopathology (vol.1), (pp.1-12). Rochester: University of Rochester Press.
- Cicchetti, D. & Toth, S. L. (1991). A developmental perspective on internalizing and externalizing disorders. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Éds), Internalizing and externalizing expression of disfonction: Rochester symposium on developmental psychopathology (vol.2), (pp.1-19). Rochester: University of Rochester Press.
- Cochran, M. (1990). The network as an environment for human development. In M. Cochran, M. Lerner, D. Riley, L. Gunnarsson & C. R. Henderson, Jr. (Éds), Extending families: The social networks of parents and their children, (pp. 265-276). Cambridge: Cambridge University Press.
- Cochran, M. M. & Brassard, J. A. (1979). Child development and personal social networks. Child Development, 50, 601-616.
- Coie, J. D., Belding, M. & Underwood, M. (1988). Aggression and peer rejection in childhood. In B.B. Lahey & A.E. Kazdin (Éds), Advances in clinical child psychology (vol.2), (pp.125-158). New York: Plenum Press.
- Colletta, N. D. (1979). Support systems after divorce: Incidence and impact. Journal of Mariage and the Family, 41, 837-846.
- Crittenden, P. M. (1985). Social networks, quality of child rearing, and child development. Child Development, 56, 1299-1313.
- Crockenberg, S. B. (1981). Infant irritability, mother responsiveness, and social support influences on the security of infant-mother attachment. Child Development, 52, 857-865.
- Cummings, E. M. (1990). Classification of attachment on a continuum of felt security: Illustrations from the study of children depressed parents. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Éds), Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention (pp. 311-338). Chicago: The University of Chicago Press.

- Desbiens, L. & Provost, M. A. (1990). Les relations enfant-éducatrice: Propositions pour une comparaison contextuelle. In M.A. Provost (Éd.), Le développement social des enfants. (pp. 259-297) Ottawa: Agence d'Arc inc.
- Dumont, M., Provost, M. A. & Dubé, J. (1990). La compétence sociale: une approche multivariée. In M.A. Provost (Éd.), Le développement social des enfants. (pp.13-55) Ottawa: Agence d'Arc inc.
- Feiring, C., Fox, N. A., Jaskir, J. & Lewis, M. (1987). The relation between social support, infant risk status and mother-infant interaction. Developmental Psychology, 23(3), 400-405.
- Fisher, M., Rolf, J. E., Hasazi J. E. & Cummings, L. (1984). Follow-up of a preschool epidemiological sample: Cross-age continuities and predictions of later adjustment with internalizing and externalizing dimensions of behavior. Child Development, 55, 137-150.
- Fortier, C., Wright, J. & Sabourin, S. (1992). Soutien social et abandon de la consultation médicale en clinique de fertilité. Journal International de Psychologie, 27(1), 33-48.
- Freud, A. (1968). Le normal et le pathologique chez l'enfant. Paris: Éditions Gallimard.
- Greenberg, M. T., Cicchetti, D. & Cummings, E. M. (1990). History of a collaboration in the study of attachment. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Éds), Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention (pp. xiii-xix). Chicago: The University of Chicago Press.
- Greenberg, M. T., Kusche, C. A. & Speltz, M. (1991) Emotionnal regulation, self control, and psychopathology: the role of relationships in early childhood. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Éds), Internalizing and externalizing expression of disfonction: Rochester symposium on developmental psychopathology (vol.2), (pp.21-55). Rochester: University of Rochester Press.
- Grusec, J. E. & Lytton, H. (1988). Social development: history, theory, and research. New York: Springer-Verlag.
- Hartup, (1983). Peer relations. In P. Mussen (Éd.), Handbook of child psychology (pp. 103-196). New York: Wiley.

- Hartup, W. W. (1992). Peer relations in early and middle childhood. In V. B. Van Hasselt & M. Hersen (Éds), Handbook of social development: A lifespan perspective (pp. 257-281). New York: Plenum Press.
- Heller, K., Swindle, R. W., Jr. & Dusenbury, L. (1986). Component social support processes: Comments and integration. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54(4), 466-470.
- Hodges, W. F., London, J. & Colwell, J. B. (1990). Stress in parents and late elementary age children in divorced and intact families and child adjustment. Journal of Divorce & Remarriage, 14(1), 63-79.
- Hymel, S., Rubin, K. H., Rowden, L. & LeMare, L. (1990). Children's peer relationships: Longitudinal prediction of internalizing and externalizing problems from middle to late childhood. Child Development, 61, 2004-2021.
- Jacobson, S. W. & Frye, F. F. (1991). Effect of maternal social support on attachment: Experimental evidence. Child Development, 62, 572-582.
- Jacobson, J. L. & Wille, D. E. (1986). The influence of attachment pattern on developmental changes in peer interaction from the toddler to the preschool period. Child Development, 57, 338-347.
- Jennings, K. D., Stagg, V. & Connors, R. E. (1991). Social networks and mother's interactions with their preschool children. Child Development, 62, 966-978.
- Kolko, D. J. & Kazin, A. E. (1993). Emotional/behavior problems in clinic and nonclinic children: correspondence among child, parent and teacher reports. Journal of Psychology and Psychiatry, 34(6), 991-1006.
- Koot, H. M. & Verhulst, F. C. (1992). Prediction of children's referral to mental health and special education services from earlier adjustment. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 33(4), 717-729.
- Kreppner, K. (1992). Development in a developing context: rethinking the family's role for children's development. In Winegar L. T. & Valsiner, J. (Éds), Children's development within social context. (vol.1: metatheory and theory) (pp.161-182). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Lacharité, C., Éthier, L. & Caron, C. (1992). Le stress parental chez les mères d'enfants d'âge préscolaire: validation et normes québécoises pour l'inventaire de stress parental. Santé mentale au Québec, 16(2), 183-204.
- LaFrenière, P. J., Dubeau, D., Janosz, M. & Capuano, F. (1990). Profils socio-affectifs des enfants d'âge préscolaire. Revue Canadienne de psycho-Éducation, 19(1), 23-41.
- LaFrenière, P. J. & Dumas, J. E. (1992a). A transactional analysis of early childhood anxiety and social withdrawal. Development and Psychopathology, 4(3), 385-402.
- LaFrenière, P. J. & Dumas, J. E., Capuano, F. & Dubeau, D. (1992b). Development and validation of the preschool socioaffective profile. Psychological Assessment, 4(4), 442-450.
- LaFrenière, P. J., Provost, M. A. & Dubeau, D. (1992). From an insecure base: parent-child relations and internalizing behavior in the pre-school. Early Development and Parenting, 1(3), 137-148.
- LaFrenière, P. J. & Sroufe, L. A. (1985). Profiles of peer competence in the preschool: Interrelations between measures, influence of social ecology and relation to attachment history. Developmental Psychology, 21, 56-69.
- Levitt, M. J., Weber, R. A. & Clark, M. C. (1986). Social network relationships as sources of maternal support and well-being. Developmental Psychology, 22(3), 310-316.
- Lewis, M. & Feiring, C. (1991). Attachment as personal characteristic or a measure of the environment. In J. L. Gewirtz & W. M. Kurtines (Éds), Intersections with attachment (pp. 3-21). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lewis, M., Feiring, C., McGuffog, C. & Jaskir, J. (1984). Predicting psychopathology in six-year-olds from early social relations. Child Development, 55, 123-136.
- Lieberman, A. F. (1977). Preschooler's competence with a peer: Relations with attachment and peer experience. Child Development, 48, 1277-1287.
- Lyons-Ruth, K., Connell, D. B., Grunebaum, H. U. & Botein, S. (1990). Infants at social risk: Maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. Child Development, 61, 85-98.

- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Éds), Growing points of attachment theory and research. Monographs of the society for Research in Child development, 50, 66-104.
- Maccoby E. E. & Martin J. A. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In E. M. Hetherington (Éds), P.H. Mussen (Éds série), Handbook of child psychology: socialization, personality, and social development (vol.4), (pp.1-101). New York: Wiley.
- Marcus, R. F. & Mirle, J. (1990). Validity of a child interview measure of attachment as used in child custody evaluations. Perceptual-and-Motor-Skills, 70(3), 1043-1054.
- Overton, W. F. & Horowitz, H. A. (1991). Developmental psychopathology: Integrations and differentiations. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Éds), Models and integrations: Rochester symposium on developmental psychopathology (vol.3), (pp. 1-42). Rochester: University of Rochester Press.
- Park, K. A. & Waters, E. (1989). security of attachment and preschool friendships. Child developement, 60 (5), 1078-1081.
- Pascoe, J. M., Loda, F. A., Jeffries, F. & Earp, J. A. (1981). The association between mothers' social support and provision of stimulation to their children. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 2, 15-19.
- Provost, M. A. (1995). Le soutien social, de l'enthousiasme à la réalité. In M.A. Provost (Éd), Le soutien social: Quelques facettes d'une notion à explorer (pp.). Montréal: Behaviora.
- Rubin, K. H. (1985). Socially withdrawn children: An "at risk" population? In B.H. Schneider, K.H. Rubin & J.E. Ledingham (Éds), Peer relationships and social skills in childhood: Issues in assessment and training (pp. 125-139). New York: Springer-Verlag.
- Rubin, K. H. (1993). The Waterloo longitudinal project: correlates and consequences of social withdrawal from childhood to adolescence. In K. H. Rubin & J. B. Asendorf (Éds), Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood (pp. 291-314). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Rubin, K. H. & Coplan, R. (1992). Peer relationships in childhood. In Bornstein, M. H. & Lamb, M. L. (Éds), Developmental psychology: an advanced textbook (3e éd.) (pp. 519-578). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Rubin, K. H. & Lollis, S. (1988). Peer relationships, social skills and infant attachment: a continuity model. In J. Belsky & T. Nezworski (Éds), Clinical implications of attachment (pp.219-252). Hillsdale: Erlbaum.
- Rubin, K. H. & Mills, R. S. L. (1988). The many faces of social isolation in childhood. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 6, 916-924.
- Rubin, K. H. & Mills, R. S. L. (1991). Conceptualizing developmental pathways to internalizing disorders in childhood. Canadian Journal of Behavioural Science, 23(3), 300-317.
- Rubin, K. H., Hymel, S., Mills, R. S. L. & Rose-Krasnor, L. (1991). Conceptualizing different developmental pathways to and from social isolation in childhood. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Éds), Internalizing and externalizing expression of disfonction: Rochester symposium on developmental psychopathology (vol.2), (pp. 91-122). Rochester: University of Rochester Press.
- Rubin, K. H. & Rose-Krasnor, L. (1992). Interpersonal problem solving and social competence in children. In V. B. Van Hasselt & M. Hersen (Éds), Handbook of social development: a lifespan perspective (pp.3-28). New York: Plenum Press.
- Rutter, M. & Garmezy, N. (1983). Developmental psychopathology. In E. M. Hetherington (Éd.), P. H. Mussen (series éd.), Handbook of child psychology: vol. 4. Socialisation, personality, and social development (pp. 775-911). New York: Wiley.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Barsham, R. B. & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. Journal of Personality and Social Psychology, 44, 127-139.
- Sarason, B. R., Pierce, G. R. & Sarason, G. R. (1990a). Social Support: The sense of acceptance and the role of relationships. In B. R. Sarason, I. G. Sarason & G. R. Pierce, (Éds) Social support: An interactional view (pp. 9-25). New York: John Wiley & Sons.

- Sarason, B. R., Sarason, I. G. & Pierce, G. R. (1990b). Traditional views of social support and their impact on assessment. In B. R. Sarason, I. G. Sarason & G. R. Pierce, (Éds) Social support: an interactional view. New-York: John Wiley & Sons.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N. & Pierce, G. R. (1987). A brief measure of social support: practical and theoretical implications. Journal of Social and Personal Relationships, 4, 497-510.
- Sroufe L. A. (1989). Pathways to adaptation and maladaptation: psychopathology as developmental deviation. In D. Cicchetti (Éds), The emergence of a discipline: Rochester symposium on developmental psychopathology Rochester: University of Rochester Press.
- Sroufe, L. A. & Rutter, M. (1984) The domain of developmental psychopathology. Child Development, 55, 17-29.
- Strauss, C.C., Forehand, R., Smith, K. & Frame, C.L. (1986). The association between social withdrawal and internalizing problems of children. Journal of Abnormal Child Psychology, 14(4), 525-535.
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (1989). Using multivariate statistics (2e édition). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Teti, D. M. & Ablard, K. E. (1989). Security of attachment and infant-sibling relationships: A laboratory study. Child Development, 60, 1519-1528.
- Teti, D.M., Nakagawa, M., Das, R. & Wirth, O. (1991). Security of attachement between preschoolers and their mothers: Relations among social interaction, parenting stress, and mothers'sorts of the attachment Q-Set. Developmental Psychology, 27(3), 440-447.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. Journal of Health and Social Behavior, 23(June), 145-159.
- Tousignant, M. (1992). Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques. Paris: Presses Universitaires de France.
- Turner, P.J. (1991). Relations between attachment, gender, and behavior with peers in preschool. Child Development, 62, 1475-1488.

- Vaughn, B., Egeland, B., Sroufe, L.A. & Waters, E. (1979). Individual differences in infant-mother attachment at twelve and eighteen months: Stability and change in families under stress. Child Development, 50, 971-975.
- Waters, E. & Deane, K.E. (1985). Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood, In I. Bretherton & E. Waters (Éds) Growing points of attachment theory and research. Monographs of the society for Research in Child development, 50, 41-65.
- Waters, E. & Sroufe, L.A. (1983). Social competence as a developmental construct. Developmental Review, 3, 79-97.
- Waters, E., Wippman, J. & Sroufe, L. A. (1979). Attachment, positive affect and competence in the peer group: Two studies of construct validation. Child Development, 50, 821-829.
- Weinraub, M. & Wolf, B. M. (1983). Effects of stress and social supports on mother-child interactions in single- and two- parent families. Child Development, 54, 1297-1311.
- Zarling, C. L., Hirsh, B. J. & Landry, S. (1988). Maternal social networks and mother-infant interactions in full-term and very low birthweight preterm infants. Child Development, 59, 178-185.